

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE**

**MAÍRA MELISSA MEIRA**

**DIRETRIZES PARA A EDUCAÇÃO PERMANENTE NO SERVIÇO DE  
ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU)**

**MAÍRA MELISSA MEIRA**

**DIRETRIZES PARA A EDUCAÇÃO PERMANENTE NO SERVIÇO DE  
ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU)**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.  
Linha de Pesquisa: Educação, Saúde e Enfermagem  
Orientadora: Dra. Kenya Schmidt Reibnitz

M514

Meira, Maíra Melissa.

Diretrizes para a educação permanente no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) / Maíra Melissa Meira. -- Florianópolis: UFSC, 2007.

158 f.

Orientadora: Kenya Schmidt Rebnitz.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, 2007.

1. Educação 2. Enfermagem 3. Socorro de Urgência 4. Capacitação em Serviço I. Universidade Federal de Santa Catarina II. Título.

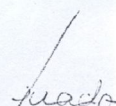
**MAÍRA MELISSA MEIRA**

**DIRETRIZES PARA A EDUCAÇÃO PERMANENTE NO SERVIÇO DE  
ATENDIMENTO MÓVEL URGÊNCIA (SAMU)**

Esta DISSERTAÇÃO foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

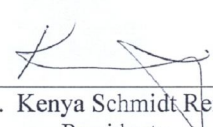
**MESTRE EM ENFERMAGEM**

e aprovada em 19 de dezembro de 2007, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia, Saúde e Sociedade**.

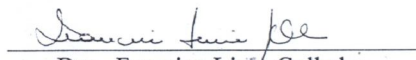

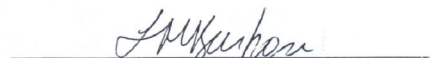


Dra. Marta Lenise do Prado  
Coordenadora do Programa

**Banca Examinadora:**



Dra. Kenya Schmidt Reibnitz  
Presidente

  
Dra. Eliana Marília Faria  
Membro  
Dra. Francine Lima Gelbcke  
Membro  
Dra. Eliane Matos  
Membro Suplente  
Dra. Sayonara de F. Faria Barbosa  
Membro Suplente

*Dedico este trabalho aos meus pais,  
Meus ídolos, amigos e grandes incentivadores.*

*As coisas não mudam, nós é que mudamos. O início de um hábito é como um fio invisível, mas cada vez que o repetimos o ato reforça o fio, acrescenta-lhe outro filamento, até que se torna um enorme cabo e nos prende de forma irremediável, no pensamento e ação (Orison Swett Marden).*

## **AGRADECIMENTOS**

Eu não conseguiria chegar aqui sozinha! Muitas pessoas são responsáveis por esta conquista. Desta forma, gostaria de agradecer a todos os que me apoiaram e compartilharam esses momentos, enriquecendo de uma forma ou de outra este estudo.

Agradeço a minha orientadora, Dra. Kenya Schmidt Reibnitz, pelo seu constante apoio, carinho, dedicação e sabedoria, por me aceitar como orientanda, acreditar no meu estudo e principalmente em mim, estimulando-me quando o cansaço tentava tomar conta.

Aos meus pais, Maria Ida e Evaldo, obrigada pelos constantes diálogos, pelo carinho, pelas orações, incentivo e compreensão.

Aos meus irmãos, Sérgio, Augusto e Marcelo, agradeço a proteção (de irmãos mais velhos), a amizade e a torcida ao longo da minha vida.

Aos meus familiares, tios, primos, sobrinhos, cunhadas, que perto ou longe, sempre estiveram presentes, me incentivando e apoiando.

Em especial, a minha cunhada Fátima, pela CONFIANÇA no meu trabalho, a minha madrinha Mary pelo OTIMISMO, aos meus sobrinhos Nicole, Franco, Lucas e Luana por serem sinônimos de FELICIDADE, aos meus afilhados Victor e Valéria, por serem a ALEGRIA e ao meu sobrinho Igor, pela ESPERANÇA não só nesta como em outras futuras caminhadas da minha VIDA.

Aos profissionais do SAMU que participaram dos grupos, pela parceria estabelecida, pela disponibilidade, interesse e apoio durante os encontros, por partilhar comigo seus conhecimentos, experiências, sentimentos e especialmente o desejo de mudança.

Aos profissionais do SAMU que gostariam de ter participado do estudo, mas que por alguma razão não foi possível o nosso contato, agradeço em especial ao Enf<sup>o</sup> André, a Enf<sup>a</sup> Scheila e a Enf<sup>a</sup> Melissa (Coordenadores), pela força e por compartilharmos as mesmas necessidades de Educação Permanente no nosso tão adorado serviço e a Enf<sup>a</sup> Keyla, por constantemente me estimular nessa caminhada acadêmica.

Aos profissionais da PRF que curiosos sobre o estudo torceram por mim e

acreditam no resultado positivo desta práxis junto ao SAMU na Divisão de Operações Aéreas.

Às professoras Dra. Kenya Schmidt Reibnitz, Dra. Maria do Horto Fontoura Cartana, Dra. Francine Lima Gelbcke, ao Ddo. Luiz Anildo Anacleto da Silva e especialmente à Dra. Eliane Regina Pereira do Nascimento, por serem componentes da minha banca de qualificação e que se dispuseram a contribuir e orientar possibilitando a concretização deste estudo.

À minha banca final, Professoras Dra. Kenya Schmidt Reibnitz, Dra. Francine Lima Gelbcke, Dra. Eliana Marília Faria, Dra. Eliane Matos, Dra. Sayonara de Fátima Barbosa e a Dda. Dulcinéia Ghizoni Schneider, que dedicaram o seu tempo e conhecimento, compartilhado comigo suas experiências em favor de contribuições valiosas para este estudo.

À professora Dra. Ângela Maria Alvarez, que foi a pessoa que me impulsionou ao Curso de Mestrado, me incentivando neste e em muitos outros desafios.

Aos colegas e professores do Curso de Mestrado, agradeço as reflexões que vocês me proporcionaram em sala de aula e por compartilhar idéias, vivências, angústias, risos, informações e experiências durante esses dois anos.

Aos meus amigos, desculpem a falta de tempo e o estresse quase que constante, em especial a Patrícia obrigada pelo carinho, pelos diálogos, pelo ombro amigo e pela força, a Kátia pela lealdade, pela confiança e pela amizade, a Luana agradeço o bom humor, o carinho e por entender minha ausência e a Sinara, pela empolgação e pelo otimismo em cada fase do processo.

Aos meus amigos da EFOS, em especial Dona Leni, Angelita, Daniela, Patrícia, Bete e Ângela, desculpem o meu estresse, desatenção e risos além do volume permitido e agradeço de coração por fazerem parte desta trajetória, desse momento de superação e desafio onde encontrei em vocês “apoio” e uma fonte renovadora de idéias e conceitos em nossas discussões problematizadoras da realidade.

Aos meus colegas participantes do EDEN (Grupo de Pesquisa em Educação em Enfermagem e Saúde), pelas reflexões e discussões que certamente contribuíram para a concretização desta proposta.

Aos Coordenadores do SAMU, por abrirem as portas para a realização deste



estudo e para o desafio proposto.

À Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC e aos seus funcionários por oportunizarem este momento único em minha vida.

E, finalmente, agradeço a Deus, por tudo e por todos!

MEIRA, Maíra Melissa. **Diretrizes para a educação permanente no serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU)**, 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 157p.

Orientadora: Dra. Kenya Schmidt Reibnitz

Linha de pesquisa: Educação, Saúde e Enfermagem

## RESUMO

Este estudo teve como objetivo construir diretrizes para um programa de Educação Permanente (EP) no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) - Florianópolis, partindo das necessidades apresentadas pela equipe de suporte avançado. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo convergente assistencial, desenvolvida com 23 profissionais (médicos, enfermeiros e socorristas) das Unidades de Suporte Avançado (USA) do SAMU. Como estratégia para a coleta de dados, escolheu-se trabalhar com grupo focal. As discussões bem como a interpretação e análise dos dados foram à luz do referencial de EP do Ministério da Saúde, dos conceitos inter-relacionados e em sintonia com os fundamentos da educação libertadora de Freire. A análise deu-se durante a coleta de dados, seguindo os quatro processos genéricos: apreensão, síntese, teorização e recontextualização, propostos por Trentini e Paim (2004). Foram identificadas três categorias: “educação no trabalho como estratégia para EP”, “processo de trabalho como EP” e “diretrizes para EP no SAMU”. Na primeira categoria foram estabelecidas três subcategorias: “treinamento formal”, “treinamento informal” e “treinamento frente às peculiaridades do serviço e o perfil profissional”. Na segunda categoria destacaram-se “trabalho em equipe”, “direitos e deveres do trabalhador” e “educação para a saúde” como subcategorias. As diretrizes para a EP no SAMU apontam para novos mecanismos de planejamento e gestão para que os serviços possam ser espaços de aprendizagem; para a formulação de novos pactos de trabalho, capazes de absorver as demandas de cuidado às pessoas e populações, o ensino e a produção do conhecimento nos espaços locais e no conjunto da rede de atenção à saúde. Concluímos que os projetos de educação devem estar em consonância com os interesses de todos os envolvidos, ou seja, devem atender aos anseios e necessidades daqueles que vão participar diretamente dos objetivos da instituição. Dessa maneira, há necessidade de um Programa de EP que estimule a capacitação e aprimoramento das equipes em urgências e emergências, que deve estar baseado não só no conhecimento científico e nas habilidades dos profissionais para a promoção de um cuidado de saúde eficaz, mas também para o conhecimento do SUS, nas suas dimensões política, ética e social. Além disso, ressaltamos que a construção de um Programa de Educação Permanente, que ressalte o processo de trabalho, exige um esforço coletivo, tanto por parte dos trabalhadores quanto pela Instituição.

**Palavras-chave:** Educação; Enfermagem; Socorro de Urgência; Capacitação em Serviço.

MEIRA, Maíra Melissa. **Directrices para la Educación Permanente en un Servicio de Atención Móvil de Urgencia**, 2007. Disertación (Maestría en Enfermería) – Curso de Post-Graduación en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 157p.

Orientadora: Dra. Kenya Schmidt Reibnitz

Línea de Investigación: Educación, Salud y Enfermería

## RESUMEN

Este estudio tiene por objetivo construir directrices para un programa de Educación Permanente (EP) en el Servicio de Atención Móvil de Urgencia (SAMU) – Florianópolis, partiendo de las necesidades presentadas por el equipo de soporte avanzado. Se trata de una investigación cualitativa, de tipo convergente asistencial, desarrollada con 23 profesionales (médicos, enfermeros y socorristas) de las Unidades de Soporte Avanzado (USA) del SAMU. Como estrategia para la recolección de datos, se trabajó con grupos focales. Las discusiones, así como la interpretación y el análisis de los datos se realizaron a la luz del referencial de EP del Ministerio de la Salud, de los conceptos interrelacionados y en sintonía con los fundamentos de la educación libertadora de Paulo Freire. El proceso de análisis se realizó durante la recolección de datos siguiendo los cuatro procesos genéricos: aprensión, síntesis, teorización y recontextualización, propuestos Trentini y Paim (2004). Fueron identificadas tres categorías: “Educación en Servicio como Estrategia para EP”, “Proceso de trabajo como EP”, “Directrices para EP en el SAMU”. En la primera categoría se establecieron tres subcategorías: “Entrenamiento Formal”, “Entrenamiento Informal”, “Entrenamiento frente a las peculiaridades de Servicio y del Perfil Profesional”. En la segunda categoría se destacaron “Trabajo en equipo”, “Derechos y deberes del Trabajador” y “Educación frente a las peculiaridades de la salud” como subcategorías. Las directrices para la EP en el SAMU apuntan para nuevos mecanismos de planeamiento y gestión para que los servicios sean espacios de aprendizaje, para la formulación de nuevos pactos de trabajo, capaces de absolver las demandas de cuidado a las personas y poblaciones, la enseñanza y la producción del conocimiento en los espacios locales y en el conjunto de la red de atención a la salud. Concluimos que los proyectos de educación deben estar en consonancia con los intereses de todos los involucrados, o sea, deben atender los deseos y necesidades de aquellos que van a participar directamente de los objetivos de la institución. De esa manera hay necesidad de un programa de EP que estimule la capacitación y mejoramiento de los equipos en urgencias y emergencias, debe estar basado no sólo en el conocimiento científico y en las habilidades de los profesionales para la promoción de un cuidado de salud eficaz, también para el conocimiento del SUS, en sus dimensiones políticas, éticas e sociales. Además de eso resaltamos que la construcción de un Programa de Educación Permanente, que destaque el proceso de trabajo, exige un esfuerzo colectivo tanto por parte de los trabajadores como de la Institución.

**Palabras-clave:** educación; enfermería; ayuda de urgencia; capacitación en servicio.

MEIRA, Maíra Melissa. **Guidelines to a Permanent Education at the Urgency Movable Attendance Service (SAMU)**, 2007. Dissertation (Master's Degree on e on Nursing) – Post Graduation Course of Nursing, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis. 157p.

Tutor: Dra. Kenya Schmidt Reibnitz

Research Line: Education, Health and Nursing.

## **ABSTRACT**

This study's objective has been to develop guidelines for a program of Permanent Education (EP) at the Urgency Movable Attendance Service (SAMU) - Florianópolis, starting from the needs presented by the advanced support team. It is a qualitative research, convergent assistance type and developed along with 23 professionals (doctors, nurses and aiders) from the Advanced Support Units (USE) of SAMU. The strategy for data collection has been to work with a focal group. The discussions as well as data interpretation and analysis have been developed under the referential of the Health Ministry EP, interrelated concepts and in accordance with Freire's liberating education foundations. The analysis process has been built up during data collection and following the four generic steps: apprehension, synthesis, theorization and recontextualization proposed by Trentini and Paim (2004). Three categories have been identified: "education at work as strategy for PE", "work process as EP" and "guidelines to the EP at SAMU". In the first category were established three subcategories: "formal training", "informal training" and "training related to the peculiarities of the service and the professional profile." In the second category stood out as subcategories: "work in team", "rights and the worker's duties" and "education for the health". The guidelines for EP at SAMU appear for new planning mechanisms and administration so that the services can be learning spaces; for the formulation of new work pacts, capable to absorb the care demands to the people and populations, the teaching and production of knowledge in local spaces and also through the health care network. We concluded that educational projects should be in consonance with the interests of the people involved, in other words, they should assist to the longings and needs of those that will participate directly of the institution's objectives. Thus, It is needed an EP Program that stimulates the training and improvement of teams in urgencies and emergencies. That should be based not only on scientific knowledge and professionals' abilities for the promotion of an effective health care, but also to the Health Unique System's knowledge (SUS), in relation to politics, ethics and social dimensions. Besides, we stand out that the construction of a Permanent Education Program, which emphasizes the work process, demands a collective effort in both the workers and the Institution.

**Key words:** Education, Nursing, Emergency Help, Work Training.

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

ACLS – Advanced Cardiac Life Support

APH – Atendimento Pré-Hospitalar

ATLS – Advanced Trauma Life Support

CB – Corpo de Bombeiros

CBM – Corpo de Bombeiros Militares

CFM – Conselho Federal de Medicina

CIB - Comissão Intergestores Bipartite

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

COSEMS – Conselho de Secretários Municipais de Saúde

DOA – Divisão de Operações Aéreas

EPI – Equipamentos de Proteção Individual

EUA - Estados Unidos da América

GERUS – Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde

INAMPS- Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

MS – Ministério da Saúde

NEU – Núcleo de Educação em Urgência

NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde

NTLS – Trauma Life Support for Nurses

PEET – Programa de Enfrentamento às Emergências e Trauma

PHTLS – Prehospital Trauma Life Support

PITS – Interiorização do Trabalho em Saúde

PRF – Polícia Rodoviária Federal

PROFAE – Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem

PRÓ-SAÚDE – Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Graduação na Área da Saúde

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SAMDU – Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência

SAV – Suporte Avançado de Vida

SBV – Suporte Básico de Vida

SC – Santa Catarina

SEM – Serviço de Emergência Médica

SES – Secretaria do Estado da Saúde

SMUR – Serviços Móveis de Urgência e Reanimação

SUS – Sistema Único de Saúde

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

UMH – Unidades Móveis Hospitalares

UNESCO - Organização das Nações Unidas para Educação Ciência e Cultura

USA – Unidade de Suporte Avançado

USB – Unidade de Suporte Básico

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

## **INDICE DE FIGURAS**

Figura 1: Mapa do Brasil com a sinalização das capitais dos Estados.....	36
Figura 2: Organograma das categorias e subcategorias acerca da Educação Permanente no SAMU. ....	84
Figura 3: Dinâmica das oficinas.....	110
Figura 4: Máscaras pintadas pelos diferentes profissionais, durante a oficina.....	111

## **INDICE DE QUADROS**

Quadro 1: Características da Educação Continuada e da Educação Permanente. ....	54
Quadro 2: Representatividade das categorias profissionais do SAMU por oficina.....	71



## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>19</b>
1.1	Justificativa .....	25
1.2	Objetivos gerais .....	28
<b>2</b>	<b>UM RECORTE NO ESTADO DA ARTE SOBRE O ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR.....</b>	<b>30</b>
2.1	Breve histórico do serviço pré-hospitalar no mundo e no Brasil.....	30
2.1.1	O APH no mundo.....	30
2.1.2	O APH no Brasil.....	33
2.1.3	A regulamentação do serviço de APH .....	36
2.2	A história do SAMU em santa catarina .....	39
2.3	A educação no serviço de APH.....	43
<b>3</b>	<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....</b>	<b>50</b>
3.1	Educação permanente em saúde.....	52
3.2	Pressupostos.....	59
3.3	Conceitos .....	61
3.3.1	Ser humano .....	61
3.3.2	Educação Permanente .....	61
3.3.3	Processo saúde-doença em emergência e urgência .....	62
3.3.4	Emergência / Urgência.....	62
3.3.5	Sociedade.....	63
3.3.6	Ambiente pré-hospitalar.....	63
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA .....</b>	<b>64</b>
4.1	Sistematizando uma proposta para a pesquisa .....	64
4.2	O cenário .....	66
4.3	Os sujeitos envolvidos.....	68
4.4	Coleta de dados.....	68
4.5	Aspectos éticos .....	70
4.6	Descrições metodológicas das oficinas .....	71
4.6.1	A dinâmica das sessões .....	72
4.7	Organização e análise dos dados.....	82

4.7.1	Construção das Categorias .....	82
<b>5</b>	<b>COMPREENDENDO A EDUCAÇÃO PERMANENTE PELO OLHAR DOS TRABALHADORES E CONSTRUINDO COLETIVAMENTE DIRETRIZES PARA QUE A MESMA OCORRA NO SAMU .....</b>	<b>85</b>
5.1	Educação no trabalho como estratégia para a educação permanente .....	86
5.1.1	Treinamento formal.....	88
5.1.2	Treinamento Informal .....	95
5.1.3	Treinamento frente às peculiaridades do serviço e o Perfil profissional desejado.....	99
5.2	Processo de trabalho como educação permanente .....	102
5.2.1	Trabalho em equipe.....	108
5.2.2	Direitos e deveres do trabalhador .....	116
5.2.3	Educação para a saúde .....	125
5.3	Diretrizes para a educação permanente no SAMU.....	130
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>139</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>145</b>
	APÊNDICE .....	155
	APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	156

# 1 INTRODUÇÃO

*“Sem a curiosidade que me move, que me inquieta, que me insere na busca, não aprendo nem ensino” (Paulo Freire).*

Com a necessidade da retirada dos combatentes feridos nos campos de batalha, surgiu o atendimento de emergência pré-hospitalar. Inicialmente, utilizavam-se transportes de tração animal durante as guerras, os quais evoluíram com o emprego de sofisticados veículos de locomoção aérea e terrestre. Atualmente, este tipo de assistência apresenta maior destaque à população civil, carente de cuidados imediatos de saúde (clínicos ou traumáticos), no transcorrer do seu cotidiano (ROCHA et al., 2003).

Nos países desenvolvidos, há mais de vinte anos, existem serviços de atendimento pré-hospitalar. No Brasil, a idéia de atender as vítimas no local da emergência é tão antiga quanto em outros países. Data de 1893 a aprovação da lei, pelo Senado da República, que pretendia estabelecer o socorro médico de urgência na via pública, no Rio de Janeiro, que era a capital do país. Consta ainda que, em 1899 o corpo de Bombeiros da mesma localidade colocou em ação a primeira ambulância de tração animal, para realizar o referido atendimento, fato que caracteriza sua tradição histórica na prestação deste serviço (MARTINS; PRADO, 2003).

Embora a idéia fosse remota, no Brasil a aplicabilidade do atendimento foi lenta até a década de 80, apesar dos esforços para implementar o serviço em algumas cidades, ou mesmo, para desenvolver e aprimorar os já existentes (WHITAKER, 1993).

O número de atendimentos nos serviços de emergência no Brasil têm crescido consideravelmente nos últimos tempos, pelas mais variadas causas. Entre os fatores que justificam a ocorrência está o crescimento desordenado da população, o aumento da criminalidade, da violência, a maior expectativa de vida, o aumento significativo de acidentes e a insuficiente estruturação da rede de serviços de saúde. Isso tem

transformado a área de urgência numa das mais discutidas do sistema de saúde (BRASIL, 2002).

O crescimento dos casos de acidentes e violência têm forte impacto sobre os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) e o conjunto da sociedade. Na assistência direta, este impacto pode ser medido diretamente pelo aumento dos gastos realizados com internação hospitalar, assistência em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e o alto tempo de permanência hospitalar. Na questão social, podem ser verificados um aumento de custos com os anos perdidos por morte prematura e custos dos anos perdidos por incapacidade, enquanto que por causas naturais este dado encontra-se em queda (BRASIL, 2002).

As principais causas de mortalidade na população das regiões metropolitanas, na faixa etária entre 15 e 49 anos, são os acidentes, os envenenamentos e a violência, e ainda as mais importantes causas de incapacitações físicas permanentes ou temporárias nessa população, levando a perdas econômicas, previdenciárias e grandes dispêndios em tratamentos de complicações na saúde dos pacientes (BRASIL, 2004a).

Miller; Cohen; Rossman (1993) acrescentam aos custos econômicos os não-monetários, como dor, sofrimento, medo e perda da qualidade de vida. Estes afetam tanto as vítimas diretas quanto as secundárias (membros familiares e aqueles cujas vidas são abaladas pelo crime).

Na última década, segundo a Organização das Nações Unidas para Educação Ciência e Cultura (UNESCO), o número total de homicídios no Brasil cresceu 29%. Entre jovens, este incremento foi da ordem de 48%; o principal grupo etário exposto à violência são os brasileiros com idade entre 15 e 40 anos, com prevalência maior entre aqueles do sexo masculino. Até meados de 2001, calcula-se que no SUS se tenha gasto R\$635 milhões com atendimento das causas externas, equivalente a um aumento de 24% sobre o que foi gasto nos quatro anos anteriores. Estudos econômicos estimam que a violência no país consuma anualmente cerca de 7 a 10% do Produto Interno Bruto (BRASIL, 2003a).

O problema é mais preocupante pelo fato da população de adolescentes e jovens ser a maior vítima da violência, pondo em risco os ganhos obtidos na esperança de vida brasileira nos últimos tempos.

Por sua magnitude, vulnerabilidade e transcendência social, este é um problema de saúde pública que precisa ser enfrentado através de políticas intersetoriais que contribuam para a adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis.

Estatísticas de algumas cidades brasileiras, que já possuem serviços de atenção pré-hospitalar móvel, aos moldes do Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU), há algum tempo demonstram em média a relação de 6 urgências/emergências clínicas transportadas para cada 4 casos de trauma atendidos por aqueles serviços de saúde (BRASIL, 2003a).

Diante disso, o atendimento às urgências clínicas no âmbito pré-hospitalar também merece destaque e visa: redução do número de mortes em função do retardo diagnóstico e terapêutico; redução do número de pacientes com seqüelas decorrentes de atendimento tardio; rapidez quanto à disponibilidade de recursos colocados à disposição do paciente; orientação para a utilização de outros meios que não apenas as emergências hospitalares; otimização do uso de ambulâncias hospitalares e ambulatoriais (básicas), além do envio de equipes capacitadas e UTIs móveis para o correto transporte de pacientes graves entre os hospitais, tudo isso para conseqüente redução de seqüelas, que aumentam o custo social (SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA, 2007a).

De acordo com Malvestio e Souza (2002), o atendimento pré-hospitalar expandiu-se por todo o mundo a partir de duas modalidades de atendimento, o Suporte Básico de Vida (SBV), cuja característica principal é não realizar manobras invasivas e o Suporte Avançado de Vida (SAV), que possibilita procedimentos invasivos de suporte ventilatório e circulatório. Apesar disto, há muita controvérsia a respeito do mérito real deste tipo de cuidado.

Embora existam dúvidas a respeito do atendimento pré-hospitalar e seu impacto sobre os resultados alcançados na vítima, é inegável sua contribuição para a diminuição do tempo de chegada até a vítima e ao hospital apropriado, bem como na realização de intervenções iniciais apropriadas à manutenção da vida. Essas premissas básicas, previstas na própria definição de atendimento pré-hospitalar, deixam claro que este componente do sistema de saúde não pretende ser um tratamento definitivo, mas

sim realizar seu papel de agente temporário de manutenção da homeostase para que seja realizado o tratamento mais indicado (MALVESTIO; SOUZA, 2002).

Santa Catarina, a partir de junho de 2006, caracteriza-se por ser o único Estado do Brasil a ter cobertura total do SAMU, totalizando 7 Centrais de Regulação cobrindo as 8 macro-regiões do Estado, com 22 ambulâncias UTIs e 51 ambulâncias de suporte básico, é também o único a possuir um serviço aero-médico em parceria com a Polícia Rodoviária Federal (PRF) desde janeiro de 2006 (SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA DE SANTA CATARINA, 2007a).

O SAMU, em Santa Catarina, no ano de 2006, teve 182.431 atendimentos realizados, distribuídos da seguinte forma: 55,4% foram de natureza clínica, 20%<sup>1</sup> telemedicina, 11,6% transferências inter-hospitalares, 7,6% trauma, 3,8% de gineco/obstetrícia e 1,4% de emergências psiquiátricas (SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA DE SANTA CATARINA, 2007b).

Estes números vêm crescendo a cada mês; em 2007, de janeiro a julho, em Santa Catarina foram realizados 145.743 atendimentos, sendo 50,6% clínicos, 28,5% de tele-medicina, 10,6% de trauma, 4,3% de gineco/obstetrícia, 4,2% de transferências inter-hospitalares e 1,7% de atendimentos psiquiátricos (SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA DE SANTA CATARINA, 2007c).

Embora as causas externas vinculadas à violência estejam diariamente sendo noticiadas em jornais e revistas, com considerável aumento entre a população jovem, as causas clínicas têm se mostrado como principal motivo de ativação no serviço de urgência em nosso estado. Entre os possíveis fatores, destaca-se o aumento da expectativa de vida e uma deficiência nos serviços de atendimento básico à saúde.

As urgências sejam elas de natureza clínica ou traumática, têm sido foco de interesse para a transformação do processo de atenção à saúde, tendo em vista a demanda excessivamente contínua sobre a rede de atendimento de urgências, que é insuficiente em sua dimensão física e funcional (BRASIL, 2003d).

Diante do fenômeno da violência e do falho atendimento na rede básica do Brasil, suas repercussões sobre o perfil de morbi-mortalidade das grandes cidades

---

<sup>1</sup> A Telemedicina a que estamos nos referindo significa as orientações feitas via telefone, pelo médico regulador onde não é necessário o envio de uma unidade.

brasileiras e no desempenho e financiamento do SUS inadequados, torna-se premente a necessidade de se estruturarem ações que busquem organizar uma rede pública de atenção integral às urgências (BRASIL, 2002), pois uma assistência pré-hospitalar qualificada é fundamental para que o doente chegue ao hospital com vida.

Entende-se por Atendimento Pré-Hospitalar (APH) o conjunto de procedimentos técnicos realizados no local da emergência e durante o transporte da vítima, com o objetivo de mantê-la com vida e em situação mais próxima possível da normalidade até sua chegada à unidade hospitalar. Lopes e Fernandes (1999, p.381) consideram

o atendimento pré-hospitalar toda e qualquer assistência realizada, direta ou indiretamente, fora do âmbito hospitalar, através dos diversos meios e métodos disponíveis, como uma resposta adequada à solicitação, a qual poderá variar de um simples conselho ou orientação médica ao envio de uma viatura de suporte básico ou avançado ao local da ocorrência, visando à manutenção da vida e/ou a minimização das seqüelas.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a, p. 68) considera que o serviço de APH pode ser classificado como fixo e móvel. No APH fixo a assistência é prestada

em um nível primário de atenção, aos pacientes portadores de quadros agudos, de natureza clínica, traumática ou ainda psiquiátrica, que possam levar a sofrimento, seqüelas ou mesmo à morte, promovendo um atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde hierarquizado, regulado e integrante do Sistema Estadual de Urgência e Emergência. Este atendimento é prestado por um conjunto de unidades básicas de saúde, unidades de programas da família (PSF), ambulatórios especializados, Agentes Comunitários de Saúde (PACS), serviços de diagnóstico e terapia, unidades não-hospitalares de atendimento às urgências e pelos serviços de atendimento pré-hospitalar móvel.

Quanto aos APH móveis (BRASIL, 2004a p. 83) entende-se que:

o atendimento procura chegar precocemente à vítima, após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, inclusive psiquiátricas), que possa levar ao sofrimento, seqüelas ou mesmo à morte, sendo necessário, portanto, prestar-lhe atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde devidamente hierarquizado.

O APH ainda pode ser classificado em móvel primário “quando o pedido de socorro for oriundo de um cidadão” ou de atendimento pré-hospitalar móvel secundário “quando a solicitação partir de um serviço de saúde, no qual o paciente já tenha recebido o primeiro atendimento necessário à estabilização do quadro de urgência apresentado, mas necessite ser conduzido a outro serviço de maior complexidade para a continuidade do tratamento” (BRASIL, 2004a, p. 83).

Por esse motivo, o APH tem sido objeto de atenção da sociedade como um todo, como se pode perceber através da mídia e, particularmente, junto aos profissionais envolvidos nesse tipo de atendimento. Também os órgãos governamentais têm se preocupado em organizar melhor esse tipo de atenção à saúde, por intermédio do Setor Saúde e de Segurança Pública, visto que 90% da população brasileira é usuária de alguma forma do SUS (CONASS, 2003).

Nos países onde existe um sistema de APH ineficiente, é baixa a estatística de morte nos hospitais que atendem o traumatizado, uma vez que os pacientes graves morrem antes de chegar ao ambiente hospitalar. Paradoxalmente, já naqueles países onde existe um sistema adequado de atendimento pré-hospitalar é maior a mortalidade hospitalar por traumatizados. Estatísticas norte-americanas revelam que mais da metade das pessoas que morrem de acidente de trânsito poderia ser admitida com vida no hospital (RIBEIRO, 2001).

O tratamento do politraumatizado será efetivo se for orientado no sentido de preservar as condições funcionais dos órgãos lesados e evitar iatrogenias durante a atenção pré-hospitalar, incluindo o transporte da cena do acidente até o hospital (RIBEIRO, 2001).

Deste modo, podemos salientar a importância da Assistência Pré-Hospitalar com recursos humanos e materiais capazes para melhorar o atendimento às vítimas em quantidade e qualidade ideais e em condições de intervir de forma a diminuir o impacto dos traumas e das emergências clínicas.

Por recursos humanos e materiais ideais Cunha e Santos (2003) consideram, dentre outros: uma equipe com conhecimento técnico-científico específico em urgências clínicas e traumáticas, veículos sofisticados, aeronaves modernas, aparato



tecnológico adequado, uma base de operação com boa infra-estrutura, drogas eficientes, atendimento ético e humanizado, conhecimento do SUS.

Importante destacar que a demora das equipes no atendimento de urgência/emergência pode fazer a diferença nas chances de sobrevivência das vítimas, o que requer dos profissionais disposição para realizar os procedimentos de maneira correta e rápida, para não agravar o estado de saúde. A garantia da assistência está diretamente relacionada à competência dos profissionais e no desenvolvimento do trabalho em equipe.

### **1.1 Justificativa**

Minha trajetória profissional possibilitou o despertar para o interesse pelas áreas de urgência, emergência e educação. Trabalhando no SAMU tenho a oportunidade de aplicar o conhecimento acumulado até então e, tendo em vista que o serviço ainda não possui uma proposta de educação efetiva, algumas inquietações surgiram quanto à educação permanente no meu local de trabalho. Atualmente, existem apenas reuniões de enfermagem e mais recentemente reuniões coletivas (médicos, enfermeiros e socorristas), onde se aflorou a necessidade de revisão de conteúdos de interesse pré-hospitalar, os quais são fornecidos quando um integrante do grupo demonstra interesse e maior conhecimento em determinado assunto. Essas abordagens de conteúdo não são sistemáticas e nem periódicas. O tempo determinado para tal palestra é geralmente de 1 hora, antes das reuniões mensais. Não existe uma real preocupação com a metodologia aplicada, o conhecimento é repassado, sem muitas vezes ser compreendido.

Acredito que os projetos de educação, mais do que nunca, devam estar em consonância com os interesses de todos os envolvidos, ou seja, devem atender aos anseios e necessidades daqueles que vão participar diretamente dos objetivos da instituição. Dessa maneira, há necessidade de um Programa de Educação Permanente que estimule a capacitação e o aprimoramento das equipes em urgências e emergências, partindo das necessidades apresentadas pelas mesmas. Este programa deve estar baseado não só no conhecimento científico e nas habilidades dos profissionais para a promoção de um cuidado de saúde eficaz, mas também com o

conhecimento do SUS, nas suas dimensões políticas, éticas e sociais, contribuindo para a desalienação provocada pela fragmentação do processo de trabalho em saúde, pelo desconhecimento exposto pelos próprios trabalhadores em relação à complexidade do Sistema e pela frágil identidade do trabalhador em não se perceber como parte do SUS.

Refletir sobre a maneira de fazer o trabalho e sobre seu processo, destacando as discordâncias geradas ou ainda os desafios provocados pelo processo de trabalho, é fundamental. Esse desconsolo ou percepção de insuficiência tem que ser intenso, vivido, percebido pelos membros da equipe. A vivência e/ ou a reflexão sobre as práticas vividas é que podem provocar divergências e a seguir a disposição para mudar por meio de alternativas práticas ou teóricas que possibilitem enfrentar o desafio de produzir transformações (FEUERWERKER, 2003).

A concepção de um processo de formação ao mesmo tempo inovador e inclusivo, que permita a visualização dos processos políticos em curso, e também a auto-identificação e o reconhecimento dos trabalhadores como protagonistas do processo, desafia as abordagens tradicionalmente utilizadas nos cursos de Educação nos serviços.

Desta forma, entendemos que o processo de capacitação envolve não somente os aspectos técnico-científicos, mas os aspectos de produção de subjetividade, de habilidades técnicas e de conhecimento do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2003b).

Assim, a partir de problemas comuns percebidos entre os profissionais, referentes à organização institucional ou ao processo de trabalho, são destacadas as prioridades coletivas e o processo de educação permanente, que se desenvolve a partir da problematização da realidade. Em cada serviço de saúde em que são identificadas as necessidades de capacitação, deve ser garantida a aplicabilidade e a relevância dos conteúdos e tecnologias estabelecidos, próprios para aquela realidade (BRASIL, 2003b).

A lógica da educação permanente é descentralizadora, ascendente e transdisciplinar. Essa abordagem pode propiciar a democratização institucional; o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem, da capacidade de docência e de enfrentamento criativo das situações de saúde; de trabalhar em equipes matriciais e de melhorar permanentemente a qualidade de cuidado à saúde, bem como a constituição de práticas técnicas, críticas, éticas e humanísticas (BRASIL, 2003b).

Sendo a Educação Permanente em Saúde uma política de formação e desenvolvimento para o SUS dos trabalhadores de saúde, em todos os níveis, cabe aos trabalhadores do SAMU refletirem acerca de suas necessidades para a formação e desenvolvimento das equipes de Urgência e Emergência.

Segundo Feuerwerker (2003, p. 24), “no campo da saúde, é indispensável que produção de conhecimento, formação profissional e prestação de serviços sejam tomadas como elementos indissociáveis de uma nova prática”.

Para Ceccim (2004), o conceito de Educação Permanente em Saúde foi adotado para dimensionar esta tarefa, não no prolongamento do tempo ou carreira dos trabalhadores, mas na ampla intimidade entre formação, gestão, atenção e participação nesta área específica de saberes e de práticas, mediante as intercessões promovidas pela educação na saúde (a educação intercede pela saúde, ofertando suas tecnologias construtivistas e de ensino-aprendizagem).

De acordo com o autor supracitado, a Educação Permanente em Saúde constitui estratégia fundamental às transformações do trabalho no setor de atendimento pré-hospitalar, para que venha a ser lugar de atuações críticas, reflexivas, propositiva, compromissada e tecnicamente competente.

Desta forma, a Educação Permanente deve ser concebida como um dos componentes de mudança, mas tendo em conta uma articulação com outros setores de intervenção sejam eles de recursos humanos, administrativos e patrimoniais, ou de até outros setores de atuação, como: secretarias de segurança pública e de educação.

Considerando a falta de formação específica dos trabalhadores e o baixo incentivo à produção de conhecimento nos serviços de urgência tem-se como resultado um comprometimento da qualidade na assistência e na gestão do setor, fazendo-se necessário criar estruturas capazes de problematizar a realidade dos serviços e estabelecer o nexo entre trabalho e educação.

Há necessidade, entretanto, de descentralizar e disseminar a capacidade pedagógica por dentro do setor, isto é, entre seus trabalhadores; entre os gestores de ações, serviços e sistemas de saúde; entre trabalhadores e gestores com os formadores

e entre trabalhadores, gestores e formadores com o controle social em saúde (CECCIM, 2004).

Pesquisas sobre educação permanente no âmbito pré-hospitalar são escassas, diante disso, desenvolvi esta dissertação para refletir sobre a Educação Permanente como política pública, com os profissionais do SAMU e construir diretrizes para um programa de educação permanente partindo das necessidades da equipe e do serviço, que poderá determinar aos usuários um atendimento mais qualificado, bem como propiciará aos trabalhadores se sentirem mais capacitados, críticos e reflexivos além de contribuir com estudos na área.

Ao trabalhar com a equipe acredito nos potenciais dos profissionais da enfermagem, da medicina e dos socorristas, que desenvolvem ações complementares em uma situação de emergência. Os membros das equipes de cuidado de saúde de emergência trabalham em conjunto na realização de habilidades altamente técnicas e práticas, necessárias para este cuidado (BRASIL, 2003b).

Assim, é possível verificar que a educação permanente em atendimento pré-hospitalar faz-se necessária, mas sempre deverá considerar-se o profissional envolvido no processo.

Este estudo tem a intenção de refletir sobre as necessidades de Educação Permanente com a Equipe de suporte avançado do SAMU - Florianópolis e construir um conhecimento a partir da prática, tendo em vista o que é preconizado pelo Ministério da Saúde, contribuindo assim para a qualidade da assistência pré-hospitalar, com a educação no trabalho e com a valorização do trabalhador.

Diante do apresentado, surge como questão de pesquisa: **Quais as necessidades apresentadas pela equipe de suporte avançado do SAMU-Florianópolis, para a construção de um processo de Educação Permanente?**

## **1.2 Objetivos Gerais**

- Levantar as necessidades de Educação Permanente da equipe de suporte avançado do SAMU - Florianópolis.
- Construir diretrizes para um programa de Educação Permanente no SAMU-

Florianópolis, partindo das necessidades da equipe de suporte avançado.

## **2 UM RECORTE NO ESTADO DA ARTE SOBRE O ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR**

*“O conhecimento exige uma presença curiosa do sujeito em face do mundo. Requer uma ação transformadora sobre a realidade. Demanda uma busca constante. Implica em invenção e em reinvenção”. (Paulo Freire)*

O objetivo da revisão de literatura é situar o leitor no âmbito pré-hospitalar através de uma retrospectiva histórica, em nível mundial e no Brasil; com um recorte privilegiado para a implementação do SAMU em Santa Catarina e sobre a Educação Permanente, fazendo-se um paralelo com a assistência pré-hospitalar. Foram utilizados para esta revisão artigos de periódicos científicos, dissertações, teses, sites de referência na internet e bibliografias afins, para melhor compreensão da realidade e posterior análise dos dados.

### **2.1 Breve histórico do serviço pré-hospitalar no mundo e no Brasil**

#### **2.1.1 O APH no mundo**

Os grandes avanços na medicina de urgência, especialmente no campo cirúrgico, sempre aconteciam durante as guerras. Hipócrates (500 a.C) já afirmava: “quem deseja praticar cirurgia deve ir à guerra” (ALBINO; RIGGENBACH, 2004).

No século XVIII, por volta de 1792, durante as guerras napoleônicas, Dominique Jean Larrey, chefe militar e cirurgião da Grande Armada de Napoleão Bonaparte, começa a “dar os cuidados iniciais” a soldados feridos, no próprio campo de batalha, a fim de prevenir possíveis complicações. Providenciava a remoção de feridos graves em carroças rústicas puxadas por homens ou cavalos, as quais receberam o nome de ambulâncias (da raiz francesa *ambulant* – que deambula) para locais onde os recursos humanos e materiais eram concentrados para atender os combatentes feridos e facilitar a avaliação cirúrgica e os cuidados prioritários longe dos conflitos nos “hospitais de campanha” (precursores das unidades de emergências). Até então, esperava-se o término das batalhas para o atendimento aos feridos. Existem

duas interpretações para esse fato: que os franceses julgavam haver menos risco no traslado dos soldados feridos do que expor a vida dos escassos médicos frente às batalhas; ou que eles valorizavam o atendimento imediato dos pacientes em busca de melhores resultados finais (ALBINO; RIGGENBACH, 2004; RAMOS; SANNA, 2005; BAU, 2007a).

No entanto, é a guerra do Vietnã o marco da assistência pré-hospitalar – com o resgate feito através de helicópteros, demonstrando melhora nos resultados da assistência, dada a rapidez com que o atendimento médico podia ser praticado. A experiência com traumatizados de guerra no Vietnã demonstrou que se pode reduzir a mortalidade no campo de batalha para cerca de 1%. É claro que houve uma melhora na terapêutica de suporte e na técnica cirúrgico/anestésica, mas a redução da mortalidade é atribuída, em grande parte, ao sistema de resgate e transporte de soldados feridos. Um transporte que durava aproximadamente 13 horas, na primeira Guerra Mundial evoluiu para seis horas na Guerra da Coreia e chegou de 1 a 4 horas na Guerra do Vietnã. A intervenção passou a ser realizada no local do acidente e mantida durante o transporte, em helicópteros especiais, verdadeiras UTIs móveis, com resultados surpreendentes. A partir daí, surgiram nos Estados Unidos da América (EUA) e na França sistemas organizados que transpuseram a experiência de guerra para a vida civil, nos grandes centros urbanos, especialmente, para os politraumatizados (doente que mais se assemelha ao soldado no campo de batalha), mas não só a estes (ALBINO; RIGGENBACH, 2004; BAU, 2007a).

O Serviço de Emergência Médica (SEM), nos EUA, teve como marco de surgimento o desfecho da Guerra do Vietnã, a qual demonstrou que técnicos não médicos poderiam aumentar a sobrevivência das vítimas traumatizadas. Ocorreu devido à impossibilidade de contar com médicos em todas as frentes de combate, onde alguns soldados foram treinados para realizarem assistência necessária (ROCHA, 2000).

Nos Estados Unidos, o médico não se desloca em ambulâncias, exceto em desastres de massa. Através do número 911 é despachado o socorro de suporte básico de vida, polícia, bombeiros e ambulância ou, se necessário, suporte avançado de vida (CUNHA; SANTOS, 2003).

O conceito de cuidado médico de emergência nasceu aproximadamente em 1940, nos Estados Unidos, a partir do Corpo de Bombeiros, que foi o primeiro a prestar cuidados médicos ao enfermo durante o transporte. Em 1960, a Academia Nacional de Ciências introduziu norma para treinamento do pessoal de ambulância e tratamento do paciente em cena, durante o resgate, transporte e transferência. Em 1962, nos Estados Unidos, foi criado o primeiro serviço tal como se conhece na atualidade e se programou o primeiro curso para a formação de técnicos em Emergências Médicas surgindo, assim, os primeiros profissionais paramédicos norte-americanos (ALBINO; RIGGENBACH, 2004).

Isso aconteceu porque na prática civil os médicos demoraram a se mobilizar, mesmo diante do aumento progressivo das perdas de vidas humanas por traumas advindos de causas externas, principalmente acidentes de trânsito. Esta demora fez com que autoridades sanitárias, inicialmente, delegassem as responsabilidades deste serviço aos responsáveis pelos resgates, os militares do Corpo de Bombeiros, retirando a característica sanitária deste atendimento (LOPES; FERNANDES, 1999).

Na França foram criadas, em 1955, as primeiras equipes móveis de reanimação, tendo como missão inicial a assistência médica aos pacientes vítimas de acidentes de trânsito e a manutenção da vida dos pacientes submetidos à transferência inter-hospitalar. A história do SAMU da França inicia-se nos anos 60, quando médicos começaram a detectar a desproporção existente entre os meios disponíveis para tratar doentes e feridos nos hospitais e os meios arcaicos do atendimento pré-hospitalar até então existentes. Assim foi constatada a necessidade de um treinamento adequado das equipes de socorro e a importância da participação médica no local, com o objetivo de aumentar as chances de sobrevivência dos pacientes, iniciando pelos cuidados básicos e avançados essenciais, cuidados estes centrados na reestruturação da ventilação, respiração e circulação adequadas (LOPES; FERNANDES, 1999).

Em 1965, criaram oficialmente os Serviços Móveis de Urgência e Reanimação (SMUR), dispondo agora das Unidades Móveis Hospitalares (UHM). Em 1968, nasceu o SAMU, com a finalidade de coordenar as atividades dos SMUR, comportando para tanto, um centro de regulação médica dos pedidos, tendo as suas regras regulamentadas em decreto de 16/07/1987. Posteriormente em Lisboa, no ano de 1989,



foram proclamadas as bases éticas da regulação médica, processo este conhecido como “Declaração de Lisboa” (LOPES; FERNANDES, 1999).

Ainda na França, as equipes das UHM passaram também a intervir nos domicílios dos pacientes, configurando, definitivamente, os princípios do atendimento pré-hospitalar: o auxílio médico urgente é uma atividade sanitária; as intervenções sobre o terreno devem ser rápidas, eficazes e com meios adequados; a abordagem de cada caso deve ser simultaneamente, médica, operacional e humana; as responsabilidades de cada profissional e as inter-relações com os demais devem ser estabelecidas claramente; a qualidade dos resultados depende, em grande parte, do nível de competência dos profissionais; a ação preventiva deve ser um complemento da ação de urgência (LOPES; FERNANDES, 1999).

Drummond (1992) e Hargreaves (1995) dizem que na França o Serviço de Assistência Médica de Urgência (SAMU) recebe chamadas para o atendimento de emergências clínicas e cirúrgicas. É feita uma triagem através do médico regulador e a equipe é enviada ao local composta, exclusivamente, pelo binômio médico-enfermeiro e motorista socorrista.

### 2.1.2 O APH no Brasil

Como antecessor do SAMU no Brasil, em 1949 foi criado o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU), o qual pertencia ao antigo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Este foi implantado para prestar assistência médica previdenciária a uma parcela da população crescente, devido ao maior desenvolvimento industrial, conseqüente à aceleração da urbanização e o assalariamento destes. Este serviço era mantido por todos os institutos de aposentadoria e pensões e as caixas ainda remanescentes, visto que havia uma pressão da população pela assistência médica via institutos, e viabilizou-se o crescimento de um complexo sistema médico-hospitalar, para prestar atendimento aos previdenciários, em que se privilegiavam abertamente a contratação de serviços de terceiros. A presença do médico na equipe diferenciava o atendimento, porém por não haver uma regulação o serviço tornou-se limitado e extinguiu-se (POLIGNANO, 2005).

No final da década de 80 e início da década de 90, começa no Brasil a implantação do modelo norte-americano, adotado principalmente pelo Corpo de Bombeiros Militares (CBM), que trabalha com profissionais não oriundos da área da saúde, porém treinados para atuarem em emergências traumáticas; segundo Martins (2004) veio para suprir uma lacuna do Setor Saúde, inserindo o Setor Segurança Pública como “política compensatória”, com escassos investimentos estatais, principalmente com relação aos recursos humanos em detrimento às suas competências constitucionais.

O treinamento básico dos socorristas do Corpo de Bombeiros (CB), nunca chegou a sair da primeira etapa, ficando restrito aos atendimentos do traumatizado, visando à imobilização de fraturas (ou possíveis), para evitar o agravamento das lesões. No decorrer do tempo, os socorristas passaram a ser chamados para atender emergências decorrentes de causas naturais, de modo que foi necessário evoluir para o atendimento aos moldes do SAMU francês (MARTINS, 2004), visto que os socorristas tornavam-se limitados em função de não terem formação na área da saúde.

Com a transição ocorrida no processo saúde-doença, o trauma não pôde mais ser priorizado pelos Serviços de APH, como preconizava o antigo Programa de Enfrentamento às Emergências e Traumas (PEET) do Ministério da Saúde (MS) (MARTINS, 2004).

O modelo francês foi então sendo adotado no Brasil, com certas adaptações, com profissionais da área da saúde inseridos na equipe (enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos) (MARTINS; PRADO, 2003; BAU, 2007a).

O SAMU no Brasil possui uma Unidade de Suporte Avançado (USA) à vida aos moldes do modelo francês, porém o que o diferencia deste modelo é o fato de possuir uma Unidade de Suporte Básico (USB) à vida, na qual não está presente a figura do médico, e sim um técnico de enfermagem e um motorista socorrista, fato este que diferencia o seu nome, passando de Serviço de Atendimento Médico de Urgência para Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

Portanto, as intercorrências clínicas, com crescentes índices de mortalidade, passaram a ter maior atenção, com um Serviço de Atendimento pré-hospitalar

adequado, visando minimizar as seqüelas, diminuição nos fluxos das emergências hospitalares, bem como a redução dos índices de mortalidade.

No SAMU, a equipe de regulação médica tem como competência: julgar e decidir sobre a gravidade de um caso, comunicando via rádio ou telefone, disponibilizando os recursos a serem enviados e orientando o atendimento a ser realizado, além de administrar os meios disponíveis para a prestação do atendimento solicitado, evitando desgaste do sistema pelo envio de recursos insuficientes, ou mesmo, superior à necessidade em questão (LOPES; FERNANDES, 1999).

Dessa maneira, nos SAMUs, com a regulação médica, consegue-se triar com mais qualidade os casos de urgência de uma determinada região, entretanto quanto ao fluxograma do sistema, ainda não se chegou a uma padronização nacional, havendo grandes variações no atendimento ao paciente ao longo dos diversos centros populacionais do nosso país, visto que há locais de excelência e, ainda, cidades onde o APH inexistente.

Atualmente, a rede nacional SAMU 192 conta com 128 Serviços de Atendimento Móvel de Urgência no Brasil. Ao todo, 1052 municípios são atendidos pelo SAMU, num total de 97,3 milhões de pessoas. Entre as capitais brasileiras, o SAMU está presente em Aracaju, Belém, Belo Horizonte, Brasília, Campo Grande, Cuiabá, Curitiba, Florianópolis, Fortaleza, Goiânia, João Pessoa, Maceió, Manaus, Macapá, Natal, Palmas, Porto Alegre, Porto Velho, Recife, Rio Branco, Rio de Janeiro, Salvador, São Luís, São Paulo, Teresina e Vitória (BRASIL, 2006b).



Figura 1: Mapa do Brasil com a sinalização das capitais dos Estados.

Fonte: [www.guiadobrasil.com.br](http://www.guiadobrasil.com.br). Acessado em 11/11/2007.

A Política Nacional de Atenção às Urgências, do Ministério da Saúde, implantará o serviço em todos os municípios brasileiros, respeitadas as competências das três esferas de gestão (governos federal, estaduais e municipais) (BRASIL, 2006b). O governo federal entrará com uma contrapartida mensal a municípios e estados, com projetos aprovados de SAMU, bancando 50% do custeio mensal desses serviços.

No caso dos Municípios com menos de 100 mil habitantes, eles poderão se unir em torno da cidade habilitada como pólo de micro-região, segundo as especificações da Norma Operacional de Atenção à Saúde (NOAS/2002) (BRASIL, 2006b).

Com isso, o MS pretende atender às diretrizes de regionalização da atenção às urgências, mediante a adequação criteriosa da distribuição dos recursos assistenciais, conferindo concretude ao dimensionamento e à implantação de sistemas estaduais, regionais e municipais e suas respectivas redes de atenção (BRASIL, 2006b).

### 2.1.3 A regulamentação do serviço de APH

Uma das maiores dificuldades que o atendimento pré-hospitalar enfrentou em nosso país foi a falta de legislação específica. Este fato foi uma das causas que

contribuiu para a sustentação de várias estruturas de atendimento pré-hospitalar, cada uma com suas peculiaridades e sem um padrão nacional a ser seguido.

Existem várias Portarias do MS e Resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM), além do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), que dizem respeito à legislação em APH.

O Conselho Federal e Regionais de Medicina, a partir de 1997, passaram a questionar a eficácia de APH prestados pelo CBM, que não possuíam embasamento técnico suficiente para essa atuação. Em 1998, o CFM lançou a Resolução nº 1.529/98, que normatiza a atividade médica na área da urgência/emergência na sua fase pré-hospitalar. Posteriormente a esta resolução, o MS adotou quase que integralmente o texto da mesma, na portaria nº 824 de 24 de julho de 1999, normatizando assim os princípios do APH em todo o Brasil (RAMOS; SANNA 2005).

No âmbito da enfermagem, o COFEN instituiu Resoluções a fim de amparar legalmente a atuação da enfermagem no atendimento pré-hospitalar. A Resolução no 225 de 28 de fevereiro de 2000, dispôs sobre o cumprimento de prescrição medicamentosa/terapêutica à distância, tornando legal, para os profissionais da enfermagem, a prática de cumprir prescrições médicas via rádio ou telefone em caso de urgência. Um ano após, o COREN de São Paulo editou a Resolução DIR/01/2001, que discorre sobre a regulação da assistência de enfermagem no atendimento pré-hospitalar e demais situações relacionadas com o Suporte Básico de Vida e o Suporte Avançado de Vida (RAMOS; SANNA, 2005).

O COFEN, por sua vez, incluiu o atendimento pré-hospitalar no rol de especialidades de enfermagem, mas não apresenta diretrizes para a formação desses profissionais, que foram deixadas implícitas pelo MS, na resolução 260/2001, na descrição de atribuições desse profissional (RAMOS; SANNA, 2005).

Analisando a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem n.7498/86, que estabelece ser privativo do enfermeiro a organização e direção de serviços e unidades de enfermagem, a assistência direta ao paciente crítico e a execução das atividades de maior complexidade técnica e que exijam conhecimento de base científica e capacidade de tomar decisão imediata; e o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, que prescreve avaliar sua competência técnica e legal e somente aceitar

encargos ou atribuições, quando capaz de desempenho seguro para si e clientela, levanta-se a questão da impossibilidade da assistência de enfermagem ser executada por qualquer outro agente, que não o enfermeiro. Já que o MS no exercício legal de suas funções regulamentou esta prática, não cabe mais pensar em curta solução que não a presença obrigatória e constante da enfermeira nesta unidade (RAMOS; SANNA, 2005).

Em 2001, cria-se a Portaria nº 814, complementando a portaria anterior e estabelecendo a normatização dos serviços de atendimento pré-hospitalar móvel de urgência, definindo princípios e diretrizes da regulação médica das urgências (BRASIL, 2001).

Em 2002, a Portaria nº 2048 (BRASIL, 2002), que regula as urgências e emergências, veio atualizar as normatizações do APH no Brasil, e é a que está em vigor até o momento. Esta nova portaria estabelece os princípios e diretrizes dos referidos sistemas, tais como critérios de funcionamento, classificação e cadastramento de serviços; Planos Estaduais de Atendimento às Urgências e Emergências, Regulação Médica, APH fixo, APH móvel, atendimento hospitalar, transporte inter-hospitalar e a criação de Núcleos de Educação em Urgências. Cabe às Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, a Gestão Plena do Sistema Municipal, a responsabilidade de adotar as medidas necessárias ao cumprimento desta portaria, bem como, classificar, habilitar e cadastrar os serviços de atendimento às urgências e emergências já em funcionamento.

Segundo Moura, coordenadora geral de Urgência e Emergência do Ministério da Saúde e da Rede Nacional SAMU 192, as portarias ministeriais são embasadas na Constituição de 1988, dentro do capítulo referente ao SUS e segundo ela, a Portaria nº 2048/2002 é umas das mais completas do mundo. Ela foi encaminhada ao SAMU francês, que por sua vez pediu autorização ao Ministério da Saúde para que a mesma fosse repassada ao SAMU da Europa, por ser considerada a melhor normatização de serviço pré-hospitalar existente (BAU, 2007a).

Em 2003, a Portaria nº1864 (BRASIL, 2003c), institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação do SAMU 192 em Municípios e Regiões de todo o território brasileiro e a

Portaria nº 1863 (BRASIL, 2003a) do mesmo ano, institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

Dessa maneira, pretende-se, conforme Gomes, aprimorar esta grande porta de entrada do usuário a todo o Sistema de Emergências do SUS, sendo através dele que pacientes são triados e encaminhados para os centros referenciados de atendimento crítico (BAU, 2007a).

## **2.2 A história do SAMU em Santa Catarina<sup>2</sup>**

Um acidente, em 1992, foi o precursor de ações para a implantação do SAMU em Santa Catarina. Naquela época, os recursos disponíveis em pré-hospitalares da saúde eram insuficientes. Tinham-se recursos adequados de suporte básico de vida, como o resgate do corpo de bombeiros, que tentou retirar por quase uma hora a vítima das ferragens, porém a limitação técnica destes profissionais nos cuidados pré-hospitalares, por não serem da área da saúde, dificultou o atendimento, em função do quadro apresentado pelo paciente, que em decorrência de uma fratura de costela com lesão de artéria intercostal a vítima perdeu todo seu sangue para dentro do tórax. O paciente, devido à hemorragia apresentada, foi transportado para o hospital, e lá teve uma parada cardíaco-respiratória sem sucesso de reanimação.

Este procedimento, possivelmente controlado por reposição volêmica e pequenas manobras cirúrgicas, poderia ser realizado com a vítima presa nas ferragens, não foi possível naquele momento pela inexistência de equipe de saúde especializada no local.

Motivados por compromissos éticos, profissionais e pessoais, em 1994, o Dr. César Augusto Soares Nitschke iniciou o processo para obtenção de um estágio de longa duração, um ano, no SAMU francês.

Em 1995, foi articulado um encontro entre especialistas franceses, Secretaria da Saúde do Estado, Diretores de Hospitais, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e CBM de Santa Catarina, expondo os objetivos do SAMU e propondo sua

---

<sup>2</sup> As informações a seguir foram baseadas em SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (2007a).

implantação no Estado, assim como o desenvolvimento de ensino na área de urgência. Nesta visita foi formalizado um termo inicial de Cooperação Técnica Santa Catarina - SAMU Francês na Secretaria de Estado da Saúde, para dar prosseguimento à implantação do serviço, assim como desenvolver outras áreas de cooperação.

A partir daí, no período de janeiro a dezembro de 1996 teve início o primeiro projeto de instalação do SAMU, para ser implantado no Estado de Santa Catarina.

Em 1998, foi aprovada a instalação da Central de Regulação do SAMU para atuação em transferências inter-hospitalares de pacientes graves, tendo-se equipadas duas ambulâncias como unidade de terapia intensiva – UTIs Móveis. No mesmo ano, foi composta a equipe de trabalho e elaborados os programas de treinamento dos médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e motoristas-socorristas, composta por membros da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina e UFSC.

Nesta época, uma comissão designada pelo Secretário de Estado da Saúde, em conjunto com um grupo de secretários municipais da CIB (Comissão Intergestores Bipartite), elaboraram e apresentaram na CIB a proposta da distribuição de recursos de investimento e custeio para a composição do Sistema de Referência em Urgência e Emergência no Estado de Santa Catarina, tendo sido aprovada por unanimidade. Ficou definido que, inicialmente, o Estado de Santa Catarina teria 5 Centrais Médicas de Regulação de Urgência (SAMU), dispostas nas cidades pólos das seguintes regionais: Florianópolis, Joinville, Blumenau, Chapecó e Criciúma.

Em janeiro de 1999, foi ratificado o convênio de urgências e emergências, assim como o de gestão de alto risco, junto ao Ministério da Saúde. No final do ano de 1999, conseguiu-se a liberação do espaço situado no sub-solo fundos da Policlínica de Referência Regional, para execução das obras para instalação do SAMU Florianópolis. No ano seguinte foram concluídas as reformas e adquiridos equipamentos (das centrais de regulação e das UTIs móveis) através dos convênios de Urgência e Emergência e de Gestão de Alto Risco destinados ao SAMU.

Gradativamente, foi efetuada a instalação de antena de rádio e repetidora para a Central de Regulação da Macrorregião da Grande Florianópolis, recuperadas duas ambulâncias que haviam sido realocadas de outros municípios e transformadas em UTIs móveis para o Instituto de Cardiologia e para o Hospital Infantil Joana de



Gusmão. Os equipamentos foram sendo adquiridos para seis centrais de regulação, assim como para a instalação de doze UTI Móveis, através das Portarias Ministeriais que constituíram o Sistema de Referência em Urgência e Emergência, assim como de Gestão de Alto Risco, foram sendo entregues ao SAMU.

Em setembro de 2003, através da Portaria Ministerial 1863, instituiu-se no país a Política Nacional de Atenção às Urgências e, através da Portaria Ministerial 1864 o primeiro componente da Política de Urgência foi criado, o componente móvel, o SAMU (BRASIL, 2003a).

No Estado de Santa Catarina, a Secretaria de Estado da Saúde (SES) e o Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) realizaram discussões em todas as regiões do estado e, em 20 de dezembro de 2003 o projeto de implantação do SAMU em Santa Catarina foi aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde.

Em março de 2004, após exaustivas discussões em todo o Estado envolvendo representantes da SES de Santa Catarina (SC) e do COSEMS, foi pactuada na CIB a aprovação do Plano de Atenção Móvel de Urgência no Estado de Santa Catarina, assim como a forma de custeio do serviço.

Caberia ao Estado o custeio suplementar (aos recursos provenientes do Ministério da Saúde) das Centrais de Regulação Médica de Urgência e das Unidades de Tratamento Intensivo Móveis. Caberia aos Municípios, organizados regionalmente, o investimento e o custeio suplementar (aos recursos provenientes do Ministério da Saúde) das Unidades de Suporte Básico de Vida do SAMU. A gestão operacional ficaria sob a responsabilidade da SES.

No período de março de 2004 até abril de 2005, houve pouco progresso quanto à instalação do serviço. Com a mudança de presidência do COSEMS, houve um impulso frente às discussões para a implantação do Serviço no Estado, em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde. Assim sendo, foram definidas as estratégias para a implantação, iniciada a licitação de equipamentos e o processo seletivo dos profissionais.

Foi decidido pelo Conselho Estadual de Saúde e pela CIB-SC, que este serviço abrangeria todos os municípios de Santa Catarina. Em reunião estadual do COSEMS-SC, foi reapresentado o SAMU, bem como um exemplo de planilha de custo e de

modelo de um projeto de lei a serem discutidos e adaptados pelos municípios para a implantação do Serviço; fazendo com que houvesse o agrupamento regional dos municípios para o financiamento dos investimentos e do custeio suplementar do mesmo.

A partir daí, foi iniciada uma série de discussões em cada uma das sete macrorregiões preparando cada uma delas para o início do Serviço, assim como orientando os Secretários Municipais de Saúde que receberiam unidades de suporte básico de vida sobre sua responsabilidade e definindo com os mesmos os cronogramas a serem cumpridos.

O SAMU, no Estado de Santa Catarina, teve início em 5 de novembro de 2004 pelo oeste, região mais necessitada da implantação de um serviço deste tipo, sendo a primeira central de regulação implantada em Chapecó. Seguiu-se Florianópolis, Joinville, Criciúma, Blumenau, Joaçaba e, por último Lages, em julho de 2005.

Logo após a inauguração do SAMU, em 05 de novembro de 2004, iniciavam-se os trabalhos dos Comitês Gestores Regionais de Urgência, com a participação de gestores estaduais e municipais, diretores de hospitais de referência, bombeiros, polícias, defesa civil e SAMU.

Estes comitês, mensalmente realizam discussões sobre o atendimento de urgência, tanto pré como intra-hospitalar, trazendo os problemas, dando encaminhamentos e propondo soluções que, por vezes, passam por um pedido de auditoria, intervenção de membros do COSEMS ou da SES para a solução dos mesmos. Assim sendo, através do diagnóstico em tempo real oferecido pelo SAMU, trabalhado pelos comitês gestores regional, vários problemas foram sendo solucionados e áreas antes de difícil atendimento às urgências enquadraram-se à nova lógica estabelecida.

Para o acompanhamento desse serviço, o COSEMS, em parceria com a SES-SC, criou uma comissão técnica que acompanha as dificuldades, propõe as soluções e vem produzindo várias deliberações aprovadas pela CIB-SC, que tem sido fundamental para o SAMU no Estado, assim como a readequação da rede de atendimento às urgências.

### 2.3 A Educação no Serviço de APH

Com a evolução da humanidade e, principalmente com o desenvolvimento do pensamento positivista, as profissões foram se aperfeiçoando e construindo sua base de conhecimentos, específicos ou compartilhados, de tal forma que foram se distinguindo, definindo e se valorizando como um conjunto de idéias para formar uma ciência. GEORGE et al (2000), relatam ainda sobre a importância da disseminação do conjunto de saberes, onde uma base de conhecimento exclusiva e os meios para comunicá-la são os requisitos para uma profissão.

O APH, por ser uma área com amplos conhecimentos e de específica atuação tem exigido dos profissionais uma formação que seja compatível com a realidade dos atendimentos solicitados pela população.

Com base nos programas médicos, *Advanced Trauma Life Support* (ATLS), *Advanced Cardiac Life Support* (ACLS) e congêneres, o APH desenvolveu, a partir da década de 70, com seu ápice na década de 80, através de associações e/ou academias médicas, um corpo de conhecimento específico para a modalidade de atendimento emergencial, baseada no modelo americano, que possui categorias profissionais periféricas de saúde, denominadas paramédicos ou Técnico de emergência médica (CARVALHO Jr, 2002).

Estes protocolos de atendimento, com metodologia adaptada ou baseada no método mnemônico ABCDE são colocados em prática pelos paramédicos sob supervisão médica indireta (MARTINS, 2004). Existem subcategorias dessa profissão, com respectivas limitações técnicas e treinamentos (protocolos) específicos para cada uma.

Os protocolos foram criados para padronizar os programas de treinamento desses profissionais. Eles combinavam aulas teóricas em salas de aula, com seções de cursos práticos. Esses programas permitiam que voluntários fossem certificados. Dessa forma, os técnicos passavam a ter a qualidade profissional garantida, mas também a obrigação de fazer contínuos treinamentos para as reavaliações e atualizações (GRUPO RESGATE EMERGÊNCIA, 2007).

Os padrões de treinamento para Técnicos em Emergências Médicas, ou Paramédico foram desenvolvidos e testados ao longo de dois anos, sendo aprovados

por mais de 40 agências dos EUA. Atualmente, diversas agências, a exemplo da American Heart Association e American Academy of Orthopedics Surgeons, treinam milhares de profissionais anualmente. Eles são preparados para atuar nos mais diferentes segmentos da sociedade, aplicando programas de conscientização e de proteção à vida (GRUPO RESGATE EMERGÊNCIA, 2007).

Também na Europa, em que o APH desenvolveu-se num Sistema de Saúde, tais metodologias, cientificamente desenvolvidas e elaboradas, são reconhecidas e utilizadas (MARTINS, 2004).

Muitos serviços que dispõem de profissionais de saúde, como por exemplo o próprio SAMU, também tomam como referência este método propalado nos cursos do ATLS e ACLS (para médicos), *Trauma Life Support for Nurses* (NTLS) (para enfermeiros), *Préhospital Trauma Life Support* (PHTLS) (voltado para o APH, porém de cunho multiprofissional) e congêneres, que são ministrados por instrutores autorizados pelas organizações correspondentes. Porém, o que acontece é que os custos desses cursos são de responsabilidade do próprio profissional, sem ajuda de custo e nem de liberação de horas por parte da instituição. Esta protocolação sugerida por tais cursos fica também subentendida, visto que nem todos os profissionais têm os cursos supracitados e não existe um regimento interno acerca do mesmo.

Vale ressaltar que o APH exige outra realidade de abordagem, pois muitos destes cursos refletem a realidade de uma sala de pronto-socorro, onde existem equipamentos e recursos humanos suficientes, o que nem sempre acontece no atendimento pré-hospitalar (TOMAZ; LIMA, 2000). Segundo Martins (2004) estes cursos também são de uma realidade americana, que deve ser adaptada às condições legais e funcionais da profissão “enfermeiro” em nosso país, que possui um conselho regulamentador da profissão, que determina os direitos e deveres da categoria. Consequentemente, possíveis infrações ético-legais podem ser caracterizadas pela falta ou excesso, no cumprimento do que preconiza. Além do que, o protocolo – nestas circunstâncias – padroniza a assistência e petrifica a possível flexibilidade das metodologias de tratamento médico mundialmente reconhecidas (MARTINS, 2004).

Para Ribeiro (2001), os cursos intensivos supracitados devem acontecer periodicamente, bem como haver discussão e observância da sistematização no

atendimento diário. Estes cursos promovem a retenção das informações, contudo com o passar do tempo poderão ser esquecidas ou adquirem interpretações próprias. Baseados nestas conclusões, o Colégio Americano de Cirurgiões prevê este tipo de reciclagem em tempo que não ultrapasse quatro anos, em relação ao ATLS, programa de treinamento utilizado e programado a partir do seu Comitê de Trauma. Este programa de treinamento tem se mostrado especialmente eficiente para o atendimento inicial após o acidente. Neste período ocorrem 30% dos óbitos conseqüentes ao trauma e uma equipe adequadamente treinada pode reduzir esta mortalidade. Embora não seja o único método, este parece o mais acessível, podendo servir de base para o preparo e a reciclagem das equipes que prestam o atendimento inicial ao politraumatizado (PESSOA, 2001).

Com o treinamento das equipes com estas correntes metodológicas norte-americanas, podemos identificar a hegemonia desses protocolos. Salienta-se que a mesma é baseada num modelo biologista, para o qual o conceito de saúde se restringe à ausência de doença, portanto, voltadas exclusivamente para agravos e desequilíbrios orgânicos e para reabilitação física do doente (MARTINS, 2004).

O SAMU tem uma equipe multiprofissional, da qual constam profissionais da área da saúde (médicos, enfermeiros e técnicos, ou auxiliares de enfermagem) e não oriundos da área da saúde (socorristas). Considerando-se que as urgências não se constituem em especialidade médica ou de enfermagem e que os cursos de graduação não priorizam este conteúdo, entende-se que os profissionais que venham a atuar nos Serviços de Atendimento Pré-hospitalar Móvel devam ser habilitados (BRASIL, 2002).

Baseada nesta realidade foi instituída a Portaria 2.048 / 2002, que no capítulo VII trata especificamente sobre o Núcleo de Educação em Urgência (NEU). Destaca a necessidade de estabelecimentos de programas mínimos de capacitação e habilitação, visto que há grande proliferação de cursos de iniciativa privada, de formação de recursos humanos para a área, com grande diversidade de programas, conteúdos e cargas horárias, sem a adequada integração à realidade e às diretrizes do SUS.

Assim surge a necessidade de se criar estruturas capazes de problematizar a realidade dos serviços e estabelecer um nexos entre trabalho e educação, de forma a resgatar o processo de capacitação e educação continuada para o

desenvolvimento dos serviços e geração de impacto em saúde dentro de cada nível de atenção (BRASIL, 2002).

O fato de possuírmos grande número de trabalhadores, já atuantes no setor, traz à tona a necessidade de garantir-lhes habilitação formal, obrigatória e com renovação periódica para o exercício profissional. A escassez de docentes capazes de desenvolver um enfoque efetivamente problematizador na educação em urgência também é significativo, o que torna necessária a capacitação de instrutores e multiplicadores com certificação e capacitação pedagógica para atender à demanda existente. É para isso que foi criado e organizado o NEU (BRASIL, 2002). Os NEUs são assim definidos pela Portaria 2.048/2002 no capítulo VII:

Devem se organizar como espaços de saber interinstitucional de formação, capacitação, habilitação e educação continuada de recursos humanos para as urgências, sob a administração de um conselho deliberativo, coordenado pelo gestor público do SUS, tendo como integrantes as secretarias estaduais e municipais de saúde, hospitais e serviços de referência na área de urgência, escolas de bombeiros e polícias, instituições de ensino superior, de formação e capacitação de pessoal na área da saúde, escolas técnicas e outros setores que prestam socorro à população, de caráter público ou privado, de abrangência municipal, regional ou estadual (BRASIL, 2002).

O NEU funciona como dispositivo do SUS, para promover mudanças tanto nas práticas de saúde quanto nas práticas de educação na saúde, funcionando como rodas de debate e de construção coletiva (BRASIL, 2006a). Tais núcleos devem se organizar como espaços de saber inter-institucional de formação, capacitação, habilitação e educação continuada de recursos humanos para as urgências. São definidos programas (temas, conteúdos, habilidades), com cargas horárias mínimas para a habilitação e certificação dos profissionais da área de Atendimento às Urgências e Emergências.

Na realidade, encontramos um NEU adormecido em nosso estado. Os recursos financeiros são poucos e por isso, segundo a coordenação do NEU não há “treinamento” das equipes.

Para Martins e Prado (2003), o núcleo se caracteriza como espaço de especialização do saber e embora sua composição inclua as instituições de ensino superior, seus princípios norteadores e objetivos estratégicos não incluem a pesquisa

na área. Este fato identifica o caráter de mero transmissor de conhecimentos produzidos e sistematizados. Cabe destacar, os princípios norteadores do NEU, na Portaria 2.048 / 2002, capítulo VII:

A organicidade com o processo de formulação de políticas públicas para a atenção integral às urgências, buscando organizar o sistema regional de atenção às urgências a partir da qualificação assistencial com equidade;

A promoção integral da saúde com o objetivo de reduzir a morbimortalidade regional, preservar e desenvolver a autonomia de indivíduos e coletividades, com base no uso inteligente das informações obtidas nos espaços de atendimento às urgências, considerados observatórios privilegiados da condição da saúde na sociedade;

A educação continuada como estratégia permanente de acreditação dos serviços, articulada ao planejamento institucional e ao controle social;

A transformação da realidade e seus determinantes, fundamentada na educação, no processamento da situação problema, extraídas do espaço de trabalho e do campo social; (BRASIL, 2002, p.135).

Contudo, as propostas de Educação Permanente não podem mais ser apenas uma lista de cursos ou programas pontuais e isolados, elas precisam buscar sempre a melhor maneira de formar e desenvolver, permanentemente, os trabalhadores da saúde.

Segue abaixo, segundo Brasil (2002) os objetivos estratégicos e operacionais para o desenvolvimento dos NEUs.

#### Objetivos estratégicos:

Constituírem-se em núcleos de excelência regional, estadual e nacional, para a formação de profissionais de saúde a serem inseridos na atenção às urgências;

Elaborar, implantar e implementar uma política pública buscando construir um padrão nacional de qualidade de recursos humanos, instrumentalizada a partir de uma rede de núcleos regionais, os quais articulados entre si poderão incorporar paulatinamente critérios de atenção e profissionalização às urgências;

Buscar a nucleação pública dos recursos educativos em saúde;

Articular, processar e congregar as dificuldades e necessidades das instituições-membro para alcançarem as suas metas, a fim de constituir Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência;

Ser espaço inter-institucional combinando conhecimentos e meios materiais que permitam abarcar a dimensão qualitativa e quantitativa das demandas de educação em urgências, potencializando as capacidades e respondendo ao conjunto de demandas inerentes a um sistema organizado de atenção;

Ser estratégia pública privilegiada para a transformação da qualificação da assistência às urgências, visando aos impactos objetivos em saúde populacional;

Constituir os meios materiais (área física e equipamentos) e organizar corpo qualificado de instrutores e multiplicadores, que terão como missão, entre

outras, produzir os materiais didáticos em permanente atualização e adaptação às necessidades das políticas públicas de saúde e dos serviços/trabalhadores da saúde (BRASIL, 2002, p.135-136).

### Objetivos Operacionais dos NEUs:

Promover programas de formação e educação continuada na forma de treinamento em serviço a fim de atender ao conjunto de necessidades diagnosticado em cada região, fundamentado o modelo pedagógico na problematização de situações;

Capacitar os recursos humanos envolvidos em todas as dimensões da atenção regional, ou seja, atenção pré-hospitalar (unidades básicas de saúde, unidades de saúde da família, pré-hospitalar móvel, unidades não hospitalares de atendimento às urgências e emergências e ambulatórios de especialidades; atenção hospitalar e atenção pós-hospitalar) internação domiciliar e serviços de reabilitação, sob ótica de promoção da saúde;

Estimular a criação de equipes multiplicadoras em cada região, que possam implementar a educação continuada nos serviços de urgência;

Congregar os profissionais com experiência prática em urgência, potencializando sua capacidade educacional;

Desenvolver e aprimorar de forma participativa e sustentada as políticas públicas voltadas para a área da Urgência;

Certificar anualmente e re-certificar a cada dois anos os profissionais atuantes nos diversos setores relativos ao atendimento das urgências;

Propor parâmetros para a progressão funcional dos trabalhadores em urgência, vinculados ao cumprimento das exigências mínimas de capacitação, bem como a adesão às atividades de educação continuada; (BRASIL, 2002, p.136-137).

Diante de uma realidade pouco operacional, por parte do NEU, que consequentemente vê em seus gestores dificuldades estratégicas em implantar o serviço tal como é descrito em portaria, vejo a necessidade de ação perante as adversidades do processo.

Apesar de existir na mesma portaria, uma grade de temas, conteúdos, habilidades, carga horária mínima para habilitação e certificação profissional da área de atendimento às urgências e emergências, estes conteúdos ainda não partem das necessidades profissionais nem tão pouco do SUS enquanto política pública de saúde, onde o mesmo é abordado com uma carga horária insuficiente.

Neste mesmo sentido, encontramos os diversos cursos de especialização na área. Salienta-se que algumas especializações podem até dar suporte a este



profissional, como as especializações em Unidade de Terapia Intensiva, Pronto Socorro e Trauma, porém o ambiente pré-hospitalar determina diferenças marcantes que acabam por transformar a atuação profissional de forma totalmente diversa do trabalho diariamente visto dentro das unidades hospitalares.

Considerando que a pessoa que sofre um acidente tem, na maioria das vezes, lesões múltiplas que requerem uma abordagem multidisciplinar, temos então um problema, uma vez que o especialista (médico ou enfermeiro) não consegue dar um tratamento à vítima, considerando as múltiplas intercorrências sofridas pelo mesmo. Soma-se a isto o fato de que a forma de abordagem terapêutica vai seguir convicções pessoais, porque a equipe multidisciplinar, na verdade, não segue a mesma sistematização no atendimento. Dessa maneira, não conseguiremos formar um profissional no sentido de fortalecer a integralidade das ações e a composição de uma sistemática, na qual se busca a atualização constante de toda a equipe envolvida nos atendimentos de urgência/emergência (BRASIL, 2006a). A educação permanente vem ao encontro dessa problemática, trabalhando não só as questões de capacitação técnica, como também as do processo de trabalho visto que as funções profissionais são interdependentes, pois a saúde é um reflexo do coletivo das profissões.

### **3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

*Todo conhecimento é autoconhecimento (Paulo Freire).*

Este estudo apresenta como cenário de realidade o SAMU de Florianópolis, com a finalidade de promover oficinas, acerca da Educação Permanente, com os profissionais (médicos, enfermeiros e socorristas), para que coletivamente fosse possível construir as diretrizes para que a Educação Permanente realmente ocorra, mudando assim a realidade através da reflexão coletiva.

A fundamentação teórica aqui apresentada busca integrar e dar sentido ao processo que se desencadeou ao longo da pesquisa, com base nos conceitos apresentados no decorrer deste capítulo e na Política de Educação Permanente do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a).

A fundamentação teórica construiu-se a partir dos pressupostos e conceitos inter-relacionados com base no referencial teórico, bem como com idéias pessoais. A sintonia entre a realidade e busca pelo seu significado envolverá os sujeitos participantes, considerando os seus valores e conceitos pessoais, coletivos e institucionais.

Nesta perspectiva e no sentido de estimular um processo de conscientização da prática, articulo educação e assistência, inspirando-me no grande educador Paulo Freire (1987, 1997), que afirmava que para haver desenvolvimento de um povo, este deve participar de forma consciente e crítica, nas transformações sociais necessárias. O mesmo afirmava que a educação não é de modo algum transmissão de conhecimentos, e sim uma interação de ambas as partes – aluno – professor, onde ambos irão aprender.

A metodologia da problematização é centrada na reflexão do cotidiano, estimula um processo de desconstrução e de busca de novos e diferentes saberes, que compõem e possibilitam uma nova construção desse cotidiano, que é dinâmico e provisório. Essa forma de aprendizado leva a pessoa, segundo Bordenave (1988), a

desenvolver habilidades de observação, análise, avaliação, cooperação entre os membros do grupo e superação de conflitos, além de possibilitar o desenvolvimento de tecnologias culturalmente compatíveis.

Considerando que cada profissional da USA possui o conhecimento e a prática de sua profissão tornar-se-á muito enriquecedora a discussão da realidade. A valorização desses conhecimentos e vivências de forma crítica e reflexiva faz com que os mesmos construam o novo saber em conjunto com as vivências e conhecimentos coletivos. É isso que o Ministério da Saúde deseja, em sua política de saúde e o que a população necessita.

A educação permanente vai além do cognitivo, necessário para o desenvolvimento profissional, ela parte do pressuposto da aprendizagem significativa (que promove e produz sentidos) e propõe que a transformação das práticas deva estar baseada na reflexão crítica sobre as práticas de profissionais na rede de serviços (HADDAD, ROSCHKE E DAVINI, 1994 apud BRASIL, 2003 b). Dessa maneira, os processos de capacitação do pessoal da saúde não podem utilizar metodologias tradicionais e sim precisam estar estruturados a partir da problematização do seu processo de trabalho, objetivando a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho (BRASIL, 2003 b). A formação contínua deve alicerçar-se numa reflexão na prática e sobre a prática, através de dinâmicas de investigação-ação e de investigação-formação, valorizando os saberes de que os profissionais são portadores (FERNANDES et al, 2001).

Deste modo, a realidade conflitante sobre a Educação Permanente no SAMU, será dialogada de forma ética e solidária, de modo a pensarem sobre o problema e coletivamente refletirem formas de resolvê-lo, ou de transformar a realidade.

Assim, à medida que os homens vão refletindo sobre si e sobre o mundo, vão aumentando o campo de sua percepção, vendo a realidade de forma como antes não percebiam e, refletindo sobre ela, problematizando-a podem percebê-la como um desafio a ser enfrentado. Vivendo um ciclo reflexivo adquire-se a consciência e com isso pode-se produzir mudanças. Esta reflexão envolve o conhecer-se a si mesmo (FREIRE, 1987).

A Educação Permanente, como o próprio nome diz, deve ser constantemente vivida e proporcionada por cada um de nós ao longo da vida.

### **3.1 Educação Permanente em Saúde**

O SUS é uma estratégia política de inclusão social, criado para atender a todos os cidadãos, sendo a mais importante reforma de Estado em desenvolvimento no país. O fortalecimento do SUS, que é de interesse da grande parte dos brasileiros, depende diretamente de pessoas dos diversos segmentos sociais, pessoas que precisam desenvolver e aprimorar a tarefa ética e política de dar continuidade ao processo iniciado pelo Movimento Sanitário (BRASIL, 2005a).

Muitos programas foram criados com o objetivo de melhorar a formação em saúde e, dessa forma, consolidar o SUS. Dentre esses programas, podemos citar o de Capacitação e Formação em Saúde da Família, o de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE), o de Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde (GERUS), o de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) e o de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Graduação na área da Saúde (PRÓ-SAÚDE). Também foram criados programas de mestrado profissional e promovidos cursos de formação de conselheiros de saúde e de membros do Ministério Público, para fortalecer o controle social no SUS (BRASIL, 2005a).

Embora isolados e desarticulados entre si, estes programas de uma maneira ou de outra, estão provocando alterações no cuidado em saúde, já que profissionais e instituições participantes perceberam que é preciso mudar ao mesmo tempo as práticas educativas e as ações e serviços do SUS (BRASIL, 2005a).

A complexidade do ideário do SUS, suas leis e normas e as dificuldades enfrentadas para sua implementação, principalmente do ponto de vista dos seus princípios, fizeram deste Sistema um modelo de democracia para o mundo, uma utopia possível para os países em desenvolvimento e um objeto desconhecido para alguns sujeitos que nele operam (BLUMM; ROSSI; SANTANA, 2007).

A Política de Educação Permanente, instituída pelo Ministério da Saúde, vem para melhorar este processo de formação e consequentemente, fortalecer o SUS. A educação permanente possibilita, ao mesmo tempo, o desenvolvimento pessoal dos

trabalhadores da Saúde, bem como o desenvolvimento das instituições públicas de saúde. Além disso, ela reforça o nexo entre a formação profissional com a gestão do sistema e dos serviços, com o trabalho da atenção à saúde e com o controle social (BRASIL, 2005a). Ceccim (2004 p.161) define a Educação Permanente em Saúde quando diz que:

a Educação Permanente carrega a definição pedagógica para o processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho ou da formação em saúde em análise, que se permeabiliza pelas relações concretas que operam realidades e que possibilita construir espaços coletivos para reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano. A Educação Permanente em Saúde, ao mesmo tempo em que disputa pela atualização cotidiana das práticas segundo os mais recentes aportes metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis, insere-se em uma necessidade de construção de relações e processos que vão do interior das equipes de atuação conjunta, implicando seus agentes, às práticas organizacionais, implicando a instituição e/ou o setor saúde, e às práticas inter-institucionais e/ou intersetoriais, implicando as políticas nas quais se inscrevem os atos de saúde.

Desta maneira, a educação permanente é entendida como aprendizagem no trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações e é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade, levando em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm (BRASIL, 2005a).

A produção teórica sobre o campo da educação permanente permite que se faça uma distinção clara e inequívoca entre educação continuada e permanente. Apesar de ambas conferirem uma dimensão temporal de continuidade ao processo de educação correspondente às necessidades das pessoas durante toda a vida, assentam-se em princípio metodológicos diversos. O quadro 1 representa as particularidades de cada uma nos mais variados aspectos.

ASPECTOS	EDUCAÇÃO CONTINUADA	EDUCAÇÃO PERMANENTE
PÚBLICO ALVO	Uniprofissional	Multiprofissional
INSERÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO	Prática autônoma	Prática institucionalizada
ENFOQUE	Temas de especialidades	Problemas de saúde
OBJETIVO PRINCIPAL	Atualização técnico- científica	Transformações das práticas técnicas e sociais
PERIODICIDADE	Esporádica	Contínua
METODOLOGIA	Pedagogia da transmissão(geralmente através de aulas, conferências, palestras; em locais diferentes dos ambientes de trabalho)	Pedagogia centrada na resolução de problemas ( geralmente através da supervisão dialogada, oficinas de trabalho; efetuada nos mesmos ambientes de trabalho)
RESULTADOS	Apropriação passiva do saber científico aperfeiçoamento das práticas individuais.	Mudança institucional apropriação ativa do saber científico fortalecimento das ações em equipe.

Quadro 1: Características da Educação Continuada e da Educação Permanente.

Fonte: Olho Mágico. Boletim da Universidade Estadual de Londrina Ano 5, número especial. Novembro, 1999

Para Ceccim (2004), a introdução da Educação Permanente em Saúde é a estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor saúde.

Superar as concepções tradicionais de educação e constituir uma cultura crítica entre profissionais da saúde, capaz de levar adiante práticas inovadoras e ativas neste terreno, são questões consideradas fundamentais para a efetivação das mudanças necessárias à implementação da educação permanente em saúde, que propõe o pensamento crítico como indispensável para mudanças de práticas.

Uma das ferramentas mais importantes para a qualidade na prestação de serviços de saúde é a abordagem educativa, direcionada aos profissionais de saúde e aos vários setores da sociedade, na perspectiva da capacitação ética e técnica, para ações eficazes de gestão, promoção, prevenção, assistência e formação profissional. Portanto, neste momento, tanto a saúde quanto a educação buscam caminhos para construir um sujeito em estado permanente de aprendizado, aprendendo a aprender,

aprendendo a ensinar e ensinando a aprender. O adulto apreende aquilo que faz – é o sujeito de sua aprendizagem e constrói seu próprio conhecimento a partir do já existente.

Para que um processo educacional se realize é preciso que o indivíduo seja estimulado a buscar conhecimentos (estimulação intrínseca ou extrínseca), tenha um objetivo, ultrapasse a barreira que o divide deste objetivo, realize tentativas de ação e perceba seu sucesso ou fracasso (BORDENAVE; PEREIRA, 1991).

Para Camargo (2005), encontramos na educação permanente a motivação para alcançar os objetivos, entendendo que a mesma pode ser um processo de ensino-aprendizagem contínuo, dinâmico e motivador, que não somente o prepare para desenvolver suas habilidades técnicas imediatas, mas que seja um processo incentivador que faça buscar diariamente o aperfeiçoamento.

O processo de educação permanente permite que haja uma aproximação da teoria e da prática, bem como, um processo de transformação e construção de uma equipe onde as pessoas envolvidas não sejam somente vistas como profissionais da saúde e sim como seres sociais (CAMARGO, 2005).

Os projetos de educação, mais do que nunca, devem estar em consonância com os interesses de todos os envolvidos, ou seja, devem atender aos anseios e necessidades daqueles que vão participar aos objetivos da instituição.

A educação permanente apresenta o processo permanente evolutivo do ensinamento, que se inicia ao término da educação formal para proporcionar o desenvolvimento da potencialidade do homem em sua dimensão pessoal e para o benefício da sociedade (VILLALPANDO- CASAS et al, 1994).

A partir de uma prática problematizadora da realidade local e envolvendo os diversos segmentos humanos e estruturais no processo é possível articular o sistema de saúde e as instituições de ensino, reorganizando assim os serviços e os processos formativos, transformando as práticas educativas e de saúde (BRASIL, 2005a).

No âmbito pré-hospitalar a educação permanente deve levar em consideração outros aspectos tais como: horário dos momentos educativos, frequência, escalas de plantão, participantes, local adequado, estatísticas de atendimentos por período nos respectivos dias da semana, trânsito, além do conteúdo a ser desenvolvido, advindo

das necessidades da equipe, que poderão trabalhar suas dificuldades imediatas, mas também que seja um processo incentivador que faça buscar, diariamente, o aperfeiçoamento e de conhecimento sobre o SUS.

Assim, o processo de trabalho em saúde é coletivo, principalmente no APH, e cada área técnica executa parte dessas ações. Para isto, faz-se necessário, conforme Leopardi (1999a), a reconstrução de ações integradas, numa perspectiva interdisciplinar, para a democratização do pensar e do fazer, em que o planejamento e a execução sejam coletivos com toda a equipe em saúde.

A educação permanente em saúde abre um leque de possibilidades e de articulações entre diferentes correntes de pensamento sobre a saúde, a educação de adultos e a educação profissional. Portanto, a proposta metodológica de educação permanente associada às iniciativas de formação profissional, que buscam articular teoria e prática, são perfeitas para orientar a seleção de conteúdos curriculares para problemas sociais e epidemiologicamente relevantes, ampliando a formação para além da informação técnico-científica, ressaltando a dimensão ética e política como eixo essencial para o exercício profissional.

Considerando os avanços tecnológicos, científicos, habilidade técnica, a necessidade da avaliação clínica rápida, para um atendimento eficaz em APH, mudanças quanto às políticas ministeriais de assistência à saúde da população, aspectos éticos, entre outros, a educação para estes profissionais deve ocorrer com um método diferenciado.

Assim, é possível verificar que a educação permanente em atendimento pré-hospitalar torna-se necessária e tem relevância, mas sempre deverá ser considerado o profissional envolvido no processo. Para Ribeiro e Motta (2007 p. 07),

há problemas identificados em que claramente a ação se orienta para a aplicação de conhecimentos científicos e técnicos; outros problemas envolvem dimensões no campo das relações interpessoais e institucionais, conflitos de valores e princípios. Frequentemente, problemas aparentemente de natureza técnica podem expressar conflitos latentes nos modos de pensar e de atuar dos profissionais. De qualquer forma, não há aprendizagem se os atores não tomam consciência do problema e se nele não se reconhecem, em sua singularidade.



O trabalho em APH se traduz num processo de trabalho em equipe; sua importância se destaca porque são necessários saberes diferentes e articulados para dar conta das necessidades de saúde de cada pessoa e da coletividade. Assim, ele é considerado um desafio pelo fato de ocorrer de um modo descentralizado, ascendente e transdisciplinar, ou seja, em todos os locais, envolvendo vários saberes (BRASIL, 2005a).

Para Feuerwerker (2003), cada vez mais são tênues os limites entre as disciplinas, entre as ciências sociais, biológicas e exatas e crescem de importância o desafio da ciência ser capaz de dialogar com todas as formas de conhecimento.

Com a aplicação dos pressupostos da Educação Permanente, espera-se que os ambientes de trabalho sejam mais democratizados, que estimulem a capacidade de aprender e de ensinar de todos os sujeitos envolvidos, que busquem soluções criativas para os problemas encontrados, que se desenvolva o trabalho em equipe, destacando a melhoria permanente da qualidade do cuidado à saúde e humanização do atendimento (BRASIL, 2005a).

Para tanto, o profissional precisa estar atento, sendo dinâmico e participativo para atingir as necessidades individuais e da equipe de saúde, conforme o sistema de saúde vigente e para além deste (HOFFMANN, 2001). Contudo, sabe-se que para que a formação contínua opere com mudanças é necessário que os profissionais estejam articulados com a política de Educação Permanente, bem como com o Serviço (FERNANDES et al, 2001).

Freire (1987) afirma não entender a educação como uma experiência fria e distanciada da alma, cujos sentimentos, emoções, desejos e sonhos devessem ser reprimidos. De acordo com o autor, a necessidade dos profissionais expressarem seus sentimentos, anseios, dúvidas, as possibilidades de mudança são grandes e os mesmos precisam ser ouvidos, pois seus saberes são valiosos. É a idéia do respeito ao saber do outro, de uma construção conjunta do conhecimento, a partir – e, sobretudo – da realidade do sujeito, pois “ninguém educa ninguém, nem ninguém educa a si mesmo: os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo” (FREIRE, 1987).

A educação no trabalho favorece o autodesenvolvimento da equipe, gerando maior satisfação no trabalho, melhorando a sua produtividade além de favorecer o

relacionamento interpessoal da equipe (CAMARGO, 2005).

O desafio é trabalhar conteúdos de forma participativa, numa abordagem além da narrativa que permita que cada um dos participantes tenha o reconhecimento do lugar ocupado nessa cadeia, identificando as potencialidades e os limites de sua atuação individual e coletiva. Um espaço de reflexão crítica das ações em saúde no APH e entendimento da concepção do SUS são os eixos orientadores da atuação de todos os que trabalham nesse setor de atenção à saúde e, neste sentido, é o conhecimento acerca do SUS que deve ser construído e apropriado coletivamente, bem como discussões sobre atualizações na área.

As transformações fundamentais que estão ocorrendo no mundo do trabalho desencadeiam grandes inovações, seja no setor tecnológico ou organizacional. Estas transformações demandam a formação de profissionais com capacidade de diagnosticar e solucionar problemas, de tomar decisões, de criar, de intervir, de trabalhar em equipe, de auto organizar-se e de reconstruir-se num ambiente em constante modificação.

A urgência de implementar essa Pesquisa e o desafio de sua manutenção e permanência implica aos trabalhadores a construção e disseminação do conhecimento sobre o seu processo de trabalho, pois o mesmo é componente fundamental para a educação permanente buscando resolver problemas de entendimento social e de atuação técnica da equipe. Quanto aos problemas técnicos, os mesmos apresentam duas vertentes segundo, Villalpando-Casas et al.(1994):

- a ignorância: carência de conhecimento que se deve a defeitos de preparação para o desempenho de determinada função;
- o hábito: posse de conhecimentos através da falta de habilidade, para realizar uma tarefa, negligenciando novas tecnologias .

Na visão de Kurgant (1992), para que a educação continuada se torne efetiva, deve-se crer que a educação seja de grande valor como meio de crescimento da equipe, o que refletirá na melhoria da assistência ao sujeito-cidadão. Ainda, defende que a garantia do desenvolvimento da equipe de saúde está atrelada à existência de um setor que planeje e organize as atividades de educação continuada. Neste caso, o autor está

tratando da capacitação técnica, ao focalizando o processo de trabalho que também é foco da educação permanente.

Para Salum, (2000), p.144,

se quisermos favorecer o crescimento de nossos profissionais, é preciso criar espaços de educação no próprio trabalho que possibilitem a consciência crítica e a participação efetiva como forma de cuidado com os profissionais, assim como forma de superar as desigualdades que a sociedade impõe. As condições sócio-econômicas, não vêm permitindo aos profissionais sua capacitação além do espaço do trabalho, uma vez que tem que se submeter a duplas ou triplas jornadas de trabalho para garantir sua sobrevivência.

Os “Recursos Humanos” configuram uma área específica de estudos nas políticas públicas de saúde. Segundo Ceccim (2004) é emergencial assegurar à área da formação um lugar central, finalístico, às políticas de saúde, introduzindo esta abordagem com foco no processo de trabalho, retirando os trabalhadores da condição de “recursos” para a condição de profissionais articulados com o social das reformas, pelo direito à saúde e do ordenamento de práticas acolhedoras e resolutivas de atenção à saúde.

Debruçar-se sobre os determinantes dos problemas significa abordar as múltiplas dimensões que o processo de trabalho envolve (organizacionais, técnicas e humana). Isto nos traduz que os êxitos dos projetos de Educação Permanente em Saúde guardam relação com outras intervenções complementares às educativas, mas também necessárias para a transformação do problema.

### **3.2 Pressupostos**

Os pressupostos são afirmações que explicitam crenças e princípios aceitos como verdadeiros, com base no raciocínio lógico, são suposições prévias que antecedem uma idéia. “Os pressupostos dão sustentação ao problema de pesquisa e aos métodos de obtenção e análise de informações” (TRENTINI; PAIM, 2004, p.52). Eles não são necessariamente testáveis ou comprovados cientificamente.

Os pressupostos elucidados nesta dissertação são baseados nas crenças e valores adquiridos ao longo da vida profissional e fundamentados no referencial teórico. Assim, apresento-os a seguir:

- A Educação Permanente, se efetivamente desenvolvida, constitui uma das formas de melhorar as competências técnico-científicas e sócio-humanísticas da equipe de saúde.
- Educação Permanente é um dos provedores do conhecimento da ação (saber-fazer), e da reflexão (pensar sobre o fazer), para assim, concretizar a práxis transformadora pelo mecanismo ação-reflexão-ação.
- Não existe um sujeito que sabe mais e outro que sabe menos, todos podem contribuir para a construção coletiva de uma nova práxis, pois o saber de cada um é específico e deve ser valorizado.
- O APH é um serviço onde a objetividade tem destaque pelo tipo de situação saúde-doença que o paciente se encontra, porém a educação aos profissionais deste serviço não deve ter o caráter tradicional de mera transmissão de conhecimento, visto que as estratégias educativas devem ser trabalhadas de maneira contextualizada com a realidade.
- Os cursos de formação em APH, disseminados mundialmente, continuam tendo sua relevância prática, porém a formação contínua desses profissionais deve alimentar-se de perspectivas inovadoras, a fim de estimular o profissional na sua formação mútua e coletivamente com a prática.
- Muitos profissionais que trabalham no SUS não conhecem o próprio sistema, a complexidade do ideário do SUS, suas leis e normas e as dificuldades enfrentadas para sua implementação, tornou-se um objeto desconhecido para alguns sujeitos que nele atuam que não conhecem os próprios direitos nem orientam a população adequadamente, em função de ignorar o SUS como política de saúde e social.

### 3.3 Conceitos

A seguir, apresento uma breve descrição dos principais conceitos que sustentaram este estudo e que foram aprofundados ao longo do desenvolvimento do trabalho, tendo como base os conceitos da política de Educação Permanente do Ministério da Saúde. Para tanto, explicitaremos a seguir o que entendemos por Ser Humano; Educação Permanente; Processo saúde-doença; Emergência e Urgência; Sociedade e Ambiente pré-hospitalar.

#### 3.3.1 Ser humano

É um ser natural, singular e complexo que se manifesta na sua forma física, através do corpo biológico e na forma de consciência, através da sua forma psicológica. Na forma psicológica, além dos sentimentos, encontramos também a sua maior ou menor facilidade de aprender, preferência para exercer determinada atividade e a busca constante de aperfeiçoar-se para a sua evolução, o que lhe dá a característica de ser (LEOPARDI, 1999a).

Os profissionais das Unidades de Suporte Avançado formam um grupo multiprofissional, constituído por enfermeiro, médico e socorrista que são seres humanos, com capacidade de aprender e ensinar, que desenvolvem suas atividades específicas na área da urgência e emergência.

#### 3.3.2 Educação Permanente

Para o Ministério da Saúde a Educação Permanente é um instrumento, uma ferramenta, para ajudar a superar as diferenças entre a orientação da formação dos profissionais de saúde e os princípios, as diretrizes e as necessidades do SUS, ou seja, é uma estratégia para a transformação das práticas no SUS, práticas de gestão, práticas de atenção em todos os níveis e práticas de controle social (CECCIM, 2004). É uma política pública estruturante.

A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem no trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm (BRASIL, 2005a). É um processo de formação através da reflexão coletiva, procurando vislumbrar a construção de outras

possibilidades para o trabalho, pela unificação teoria/prática, leva a uma reorientação de valores, formação de consciências e mudanças de atitudes, levando a um processo de desalienação.

### 3.3.3 Processo saúde-doença em emergência e urgência

Saúde e doença não são conceitos definitivos nem tampouco são opostos. Ambos referem-se, à qualidade de vida ou à própria produção da vida. São conceitos que dependem, do lugar onde se está, dos tempos, dos contextos e das tensões em que cada um está inserido (BRASIL, 2005b).

Para o paciente em situação crítica de saúde, o processo saúde-doença está relacionado ao fato de que em poucos segundos, um indivíduo sofre uma intervenção que o leva de um estado de equilíbrio para um desajuste físico ou psíquico. Em alguns casos, este desajuste torna-se tão abrupto e severo que pode levá-lo à morte, por impossibilidade do restabelecimento do equilíbrio inicial (COSTA; SILVEIRA e OLIVEIRA, 2007).

### 3.3.4 Emergência / Urgência

Segundo Montovani (2005), emergência caracteriza situações em que há risco de morte iminente, determinado por acontecimentos inesperados, imprevisíveis e que exijam diagnósticos e terapêuticas imediatos. Urgência é um estado patológico, de súbita instalação, sem que haja risco de morte iminente, mas que necessita de pronto-atendimento.

Higia e Atallah (2005) corroboram com este entendimento quando afirmam que emergência e urgência são:

agravos à saúde que põem em risco determinadas funções vitais que, com o passar do tempo, diminuem temerariamente sua chance de eventual recuperação. As urgências são agravos à saúde que necessitam de assistência imediata, mas que não há perigo iminente de falência de qualquer das funções vitais.

### 3.3.5 Sociedade

É a esfera existencial do ser humano, da qual faz parte, em conjunto com outros homens, construindo sua história, a partir de uma determinada estrutura, que estabelece premissas, limites e condições materiais, muitas vezes independentes da sua vontade individual. A base de uma sociedade é composta pelas condições materiais, que determinam a sua formação, assim como das suas instituições e regras de funcionamento, das suas idéias e dos seus valores. É a partir das condições materiais e do meio em que vive que o ser humano constrói a sua história, verifica o seu limites ou os ultrapassa, estabelece seus desejos e vontades (LEOPARDI, 1999a).

Para o atendimento pré-hospitalar, a sociedade tem como principal expectativa a proteção da saúde. Nesta característica, inclui-se o reconhecimento da competência técnica dos profissionais e a expectativa de um atendimento eficaz, humanizado e ético em consonância com o SUS (GOLDIN, 2007).

### 3.3.6 Ambiente pré-hospitalar

É onde o atendimento acontece, pode ser domiciliar, via pública, local de trabalho, entre outros. Apesar de estruturado dentro de uma unidade móvel, a USA é considerada por parte da sociedade e/ou profissionais como insuficiente para cuidados. No entanto o tratamento no local é possível, nem sempre sendo necessário o deslocamento ao hospital de referência. Pelo fato de ser também móvel, a equipe encontra-se para o atendimento em cenas diversas, que podem colocar em risco a equipe, causando muitas vezes estresse dos profissionais.

## 4 METODOLOGIA

*“Crescer como profissional, significa ir localizando-se no tempo e nas circunstâncias em que vivemos, para chegarmos a ser um ser verdadeiramente capaz de criar e transformar a realidade em conjunto com os nossos semelhantes para o alcance de nossos objetivos como profissionais da educação” (Paulo Freire) .*

Neste capítulo, descrevo o campo prático, bem como o percurso metodológico que foi desenvolvido, no intuito de buscar a concretização dos objetivos propostos no estudo.

### 4.1 Sistematizando uma proposta para a pesquisa

Classificando esse estudo quanto à área da ciência, é uma pesquisa qualitativa, do tipo convergente assistencial, que segundo Trentini e Paim (2004, p.26-27) é:

(...) uma pesquisa que mantém, durante todo o processo, uma estreita relação com a situação social, com a intencionalidade de encontrar soluções para os problemas, realizar mudança e introduzir inovações na situação social; portanto este tipo de pesquisa está comprometido com a melhoria direta do contexto social pesquisado.

A pesquisa qualitativa tem como objetivo a compreensão das coisas, ao invés de sua medição (POLIT, 2004). O seu objetivo é conseguir um entendimento mais profundo e, se necessário, subjetivo, do objeto de estudo, sem preocupar-se com medidas numéricas e análises estatísticas.

Neste tipo de pesquisa, os pesquisadores tendem a se concentrar nos aspectos dinâmicos, holísticos e individuais dos fenômenos, tentando capturá-los em sua totalidade, dentro do contexto dos que os experimentam. Os estudos qualitativos resultam em informações ricas e profundas, que têm o potencial de esclarecer as múltiplas dimensões de um fenômeno complexo. Os resultados são tipicamente, baseados nas experiências de vida real de pessoas com conhecimento do fenômeno em primeira mão (POLIT, 2004).



As abordagens qualitativas em pesquisa são aquelas “capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento, quanto na sua transformação, como construções humanas significativas” (MINAYO, 1992).

Com a intenção de unir teoria e prática, a literatura nos mostra o método de Pesquisa-ação, que inspirou a Pesquisa Convergente Assistencial. A pesquisa-ação de Kurt Lewin tem a finalidade de conhecer e provocar mudanças de ordem psicossocial no sistema pesquisado; para isto o pesquisador planeja a participação das pessoas-chaves do sistema no processo de pesquisa. A Pesquisa Convergente Assistencial requer a participação ativa dos sujeitos da pesquisa, está orientada para a resolução de problemas na prática ou para a realização de mudanças na área de atuação, o que poderá desembocar numa construção teórica; portanto, a pesquisa convergente é compreendida e realizada em articulação com as ações que envolvem pesquisadores e demais pessoas representativas da situação a ser pesquisada numa relação de cooperação mútua (TRENTINI e PAIM, 2004).

Nesse tipo de pesquisa, o referencial teórico se torna um pouco mais complexo pelo fato de que a implementação do processo de pesquisa inclui, necessariamente, uma prática assistencial, sendo que da mesma forma a pesquisa e a assistência também deverão estar ancoradas em uma sistematização teórica.

A partir das reflexões propostas pelos membros envolvidos no estudo, a pesquisa convergente-assistencial alcançará seu propósito de solucionar problemas e realizar mudanças de impacto na prática. As mudanças no contexto da prática só ocorrerão se houver antes mudança de mentalidade dos envolvidos nas práticas; a melhor maneira para que isso ocorra é a participação deles em todo o processo de pesquisa (TRENTINI e PAIM, 2004).

Pelo fato de ser integrante da equipe multiprofissional do SAMU e conseqüentemente trabalhando no cenário da prática, foi que senti a necessidade da reflexão sobre a Educação Permanente em Saúde, de estimular o diálogo sobre a realidade e problematizá-la com a equipe. Desenvolvi parte desta pesquisa na disciplina ‘Projetos Assistenciais em Enfermagem e Saúde’, do Curso de Mestrado em Enfermagem, onde propunha despertar nos profissionais que atuam nas Unidades de

Suporte Avançado (USAs) do SAMU, a necessidade de um espaço para reflexões sobre a prática e, a partir das dificuldades apontadas, possibilitar estratégias de mudança, além de estimular a integração entre os membros, tanto no que diz respeito à atuação interdisciplinar, quanto na responsabilidade de todos com relação às ações educativas e de mudança da práxis.

## **4.2 O cenário**

O SAMU - Florianópolis foi inaugurado no dia 05 de novembro de 2005, possui sua base administrativa e parte da base funcional localizada na rua Esteves Júnior, 390, no centro de Florianópolis. Sua estrutura organizacional é composta por um Superintendente Estadual, Coordenação Médica Estadual, Coordenação de Enfermagem Estadual, Coordenação Médica Regional, Coordenação Médica da Divisão de Operações Aéreas (DOA), Coordenação de Enfermagem Regional e Coordenação de Enfermagem da DOA e Coordenação dos Socorristas.

Para compor as equipes das Unidades de Suporte Avançado, onde foi realizado o estudo, o SAMU possui 24 enfermeiros, 45 médicos e 19 socorristas.

O SAMU - Florianópolis possui onze ambulâncias em sua frota, sendo quatro USAs e sete USBs, para cobrir uma população de 333.560 habitantes. As Unidades ficam locadas respectivamente: USA 01 – Florianópolis, USA 02 - Florianópolis, USA 03 - São José, USA 04 - Florianópolis, USB 01 - Trindade, USB 02 – Estreito, USB 03 – São José, USB 04 - Palhoça, USB 05 - Biguaçu, USB 06 - Rancho Queimado, USB 07 - Nova Trento. Estas Unidades são responsáveis pelo atendimento dos seguintes municípios: Florianópolis, Águas Mornas, Angelina, Alfredo Wagner, Anitápolis, Antonio Carlos, Biguaçu, Canelinha, Garopaba, Governador Celso Ramos, Leoberto Leal, Major Gercino, Nova Trento, Palhoça, Paulo Lopes, Rancho Queimado, Santo Amaro da Imperatriz, São Bonifácio, São João Batista, São José, São Pedro de Alcântara e Tijucas.

As Unidades de Suporte Avançado e a Central de Regulação Médica são de responsabilidade do Estado, já as Unidades de Suporte Básico são de responsabilidade do município.

O serviço funciona com equipes de profissionais de saúde, como médicos, enfermeiros, técnicos ou auxiliares de enfermagem e socorristas que atendem às urgências de natureza traumática, clínica, pediátrica, cirúrgica, gineco-obstétrica e de saúde mental da população (BRASIL, 2006b).

O socorro é feito após chamada gratuita, feita para o telefone 192. A ligação é atendida por técnicos na Central de Regulação, que identificam a emergência e, imediatamente, transferem o telefonema para o médico regulador. Esse profissional faz o diagnóstico da situação e inicia o atendimento no mesmo instante, orientando o paciente, ou a pessoa que fez a chamada, sobre as primeiras ações (BRASIL, 2006a).

Ao mesmo tempo, o médico regulador avalia qual o melhor procedimento para o paciente: orienta a pessoa a procurar um posto de saúde; designa uma ambulância de suporte básico de vida, com auxiliar/técnico de enfermagem e socorrista para o atendimento no local; ou, de acordo com a gravidade do caso, envia uma UTI móvel, com médico, enfermeiro e socorrista (BRASIL, 2006a).

O SAMU realiza o atendimento de urgência e emergência em qualquer lugar: residências, locais de trabalho e vias públicas. Com poder de autoridade sanitária, o médico regulador comunica a urgência ou emergência aos hospitais públicos e, dessa maneira, reserva leitos para que o atendimento de urgência tenha continuidade (BRASIL, 2006a).

Nas urgências relacionadas às causas externas, ou de pacientes em locais de difícil acesso, a equipe de saúde do SAMU promove uma ação pactuada, complementar e integrada com outros profissionais não oriundos da saúde - bombeiros militares, policiais militares e rodoviários e outros, formalmente reconhecidos pelo gestor público para o desempenho das ações de segurança, socorro público e salvamento, tais como: sinalização do local, estabilização de veículos acidentados, reconhecimento e gerenciamento de riscos potenciais (incêndio, materiais energizados, produtos perigosos), obtenção de acesso ao paciente e suporte básico de vida (BRASIL, 2006a).

No serviço aero-médico em Santa Catarina, há um convênio firmado com a PRF onde o SAMU atua conjuntamente com estes profissionais, melhorando o tempo resposta de um acionamento.

Quanto às propostas do Ministério da Saúde acerca da Educação Permanente, encontramos na portaria 2.048/2002, como já foi mencionado anteriormente, algumas bases para a capacitação dos profissionais de saúde atuarem em APH, descritas nos NEU.

Os NEUs são destinados à capacitação, habilitação e educação continuada dos profissionais, envolvidos em emergências em todos os níveis de atenção, sejam eles básicos, pré-hospitalar fixo ou móvel e hospitalar.

### **4.3 Os sujeitos envolvidos**

A Pesquisa Convergente Assistencial, proposta por Trentini e Paim (2004), não estabelece critérios rígidos para a seleção da amostra, mas sim valoriza a representatividade referente à profundidade e diversidade das informações. Os participantes se constituem parte integrante do estudo; sua participação ativa se consolida coma apresentação de sugestões e críticas, validando e divulgando os resultados de outras formas.

Diante da lacuna na formação das equipes e da necessidade de sensibilizá-las, para o processo de Educação Permanente previsto pelo MS, foram convidados a participar do estudo, profissionais que trabalham nas USAs, totalizando 23, distribuídos entre enfermeiros, médicos e socorristas, para que através da reflexão sobre a práxis conseguíssemos atingir o objetivo proposto. O convite foi feito pessoalmente aos profissionais de Florianópolis e de São José.

### **4.4 Coleta de dados**

A pesquisa convergente-assistencial permite a utilização de vários métodos, estratégias e técnicas destinadas a obter informações. Como estratégia metodológica para a coleta de dados nessa pesquisa, escolheu-se trabalhar com grupo focal.

A origem do grupo focal remonta as técnicas de entrevistas não-direcionadas e técnicas grupais usadas em psiquiatria. Para Tanaka e Melo (2001) constitui-se numa técnica qualitativa, não-diretiva, cujo resultado emerge da discussão de um grupo de pessoas onde ocorre a interação entre os participantes.

Para Leopardi et al.(2001), o grupo focal apresenta-se como uma das técnicas apropriadas para a pesquisa qualitativa por reunir um pequeno número de pessoas, com interesse coletivo de relatar suas experiências e percepções acerca de um tema de investigação. A autora refere que o grupo pode ser formado especificamente para a investigação, ou organizar-se a partir de um grupo já pré-existente. Desse modo, os participantes possuem características em comum, sendo a amostra considerada intencional, pois a sua seleção segue a lógica dos objetivos do estudo. O grupo focal caracteriza-se por ser de tamanho reduzido sendo encontrada na literatura uma variação quanto ao número de participantes; podendo ser constituído de até doze pessoas (LEOPARDI et al, 2001), entre seis e quinze pessoas (DEBUS apud LEOPARDI et al., 2001) e entre seis e dez membros (TANAKA e MELO, 2001).

O grupo focal, portanto, apresenta-se como uma forma de coletar dados diretamente das falas de um grupo, que dialoga entre si um tema específico, trocando experiências e interagindo sobre suas idéias, sentimentos, valores e dificuldades.

Para o desenvolvimento de cada uma das sessões do Grupo Focal, em número de 04, foi utilizada a estratégia da dinâmica de oficinas com a finalidade de obter a fala em debate, gerando conceitos, impressões e concepções que se caracterizam como dados de natureza essencialmente qualitativa (TEIXEIRA, 2002). Esta dinâmica propicia a construção e reconstrução de conhecimentos a partir da obtenção e da organização de dados, da interpretação, da aplicação de fatos e princípios a novas situações e da tomada de decisões. A oficina é “lugar de pensar, descobrir, reinventar, criar e recriar, favorecida pela forma horizontal na qual a relação humana se dá” (ANASTASIOU e ALVES, 2004, p.96).

O período destinado à coleta de dados foi o segundo semestre de 2006, durante o desenvolvimento da disciplina de Projetos Assistenciais em Enfermagem e Saúde.

Para garantir a confiabilidade dos dados, foi utilizada como recursos a gravação dos encontros, com posterior transcrição das falas e a memória recente da pesquisadora.

Os registros, por sua vez, foram realizados por meio de um diário de campo. Segundo Trentini e Paim (2004), o registro no diário serve como fonte de informações valiosas, dada sua utilidade na interpretação e discussão dos resultados. Os registros

foram gerados a partir das anotações da pesquisadora, das gravações das falas, bem como do material produzido pelo grupo nos encontros de desenvolvimento do estudo.

Para confirmar se os dados refletem com exatidão as experiências e os pontos de vista dos participantes executei após a análise dos mesmos uma atividade confirmatória, voltando aos participantes e compartilhando com eles as interpretações preliminares, no sentido de avaliarem a consistência e pertinência da análise feita.

#### **4.5 Aspectos Éticos**

Durante estas ações prevaleceram os critérios de respeito à dignidade do ser humano, a proteção aos direitos e o seu bem-estar, conforme recomenda Portaria 196/96 (BRASIL, 1996) do Ministério da Saúde, sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Para preservar os direitos dos sujeitos do estudo e da instituição onde foram coletados os dados, tive os seguintes cuidados:

- a instituição em questão recebeu uma cópia do projeto;
- os participantes do estudo foram consultados e esclarecidos dos objetivos e a metodologia do estudo e incluídos no mesmo, somente após assinar o termo de consentimento informado;
- foi garantido o direito do participante de desistir da participação em qualquer etapa do trabalho, sem que isso interferisse em prejuízo individual, além de seu completo anonimato, por ter seu nome substituído por iniciais da profissão e número correspondente (M1, E1, S1);
- foi garantido o respeito aos valores sociais, culturais, morais e religiosos de cada pesquisando;
- o participante teve o direito de tomar decisões conjuntas sobre as atividades desenvolvidas em grupo, garantindo dessa forma a co-participação.
- os encontros foram secretariados e alguns fotografados, sempre com prévia autorização;

- foi esclarecido que este estudo não acarretaria riscos ou desconforto aos participantes. Ao contrário, as ações visariam ao maior conforto e atuação no cuidar, além de propiciar maior co-participação no processo educativo;
- a comissão de Ética em Pesquisa da UFSC e os Coordenadores da Instituição receberam uma cópia do projeto e o mesmo só ocorreu posteriormente a estas autorizações (Parecer Consubstanciado Projeto nº 350/2006, CEP/UFSC).

#### 4.6 Descrições metodológicas das oficinas

Para o alcance dos objetivos foram realizadas 4 oficinas, num local em separado, dentro da instituição SAMU - Florianópolis, no horário de trabalho e no período matutino, onde estatisticamente há um menor número de acionamentos pela regulação médica. As oficinas aconteceram com 2 equipes completas de Suporte Avançado de um determinado plantão (cada uma composta por 1 médico, 1 socorrista e 1 enfermeiro). Os profissionais foram convidados individualmente a participarem do momento reflexivo, durante o período em que estavam na base no aguardo de um acionamento. Pelo fato de haver mais de uma unidade de suporte avançado na base, os encontros ocorreram com 2 equipes simultaneamente, contando com o fator sorte como aliado, não havendo acionamento durante o período determinado nas 4 oficinas programadas, proporcionando assim, maior tranquilidade para o desenvolvimento das atividades. As oficinas duraram em média 1h e 16 min e tiveram a participação de 23 profissionais.

	OFICINA 01	OFICINA 02	OFICINA 03	OFICINA 04
Médicos (M)	02	02	02	03
Enfermeiros (E)	01	03	03	02
Socorristas (S)	01	02	00	02
<b>TOTAL</b>	<b>04</b>	<b>07</b>	<b>05</b>	<b>07</b>

Quadro 2: Representatividade das categorias profissionais do SAMU por oficina.

Como facilitadora nas discussões, tinha em mente possibilitar o emergir do significado atribuído pelos participantes às questões de Educação Permanente no serviço, tendo como finalidade a sensibilização dos mesmos quanto à Política Pública de Educação Permanente do MS. A partir das discussões e reflexões sobre a Educação Permanente busquei construir diretrizes para um programa de Educação Permanente, partindo das necessidades apresentadas pela equipe e pelo serviço.

#### 4.6.1 A dinâmica das sessões

Durante a realização da disciplina de “Projetos Assistências em Saúde e Enfermagem” desenvolvi as reuniões do grupo focal, as quais denominei de oficinas. O objetivo da prática assistencial foi o de refletir sobre o processo de Educação Permanente no SAMU, à luz do referencial apresentado pelo Ministério da Saúde

Os dados e resultados desta prática são a fonte de dados para essa pesquisa convergente-assistencial. Assim, para a compreensão do processo apresento abaixo o detalhamento das etapas desenvolvidas durante a prática assistencial.

##### 4.6.1.1 *O grupo focal*

Em julho de 2006, comecei a discutir esta proposta junto aos profissionais das USAs no SAMU, através de conversas individuais ou com pequenos grupos, aproveitando os momentos em que os profissionais estavam na base, no aguardo de algum acionamento, durante as passagens de plantão, ou mesmo conversando informalmente com vários profissionais ao mesmo tempo, com o intuito de levantar as percepções dos mesmos sobre a relevância do projeto que pretendia desenvolver com a colaboração da equipe. Nesta primeira aproximação, ao sentir que a proposta era acolhida, descrevi meus objetivos e planos junto com a minha orientadora e convidei os profissionais a participarem dos encontros, que seriam colocados em prática em novembro do mesmo ano.

A maioria dos profissionais se mostrou motivada com a proposta e interessada em participar.

##### 4.6.1.2 *A primeira sessão*

Compareceram nesse primeiro encontro do Grupo Focal, quatro profissionais, dois médicos, uma enfermeira e um socorrista. Cada um dos participantes foi



convidado pessoalmente, durante o plantão, a se reunir na sala de reuniões. O encontro durou uma hora e treze minutos e tinha como objetivo principal estabelecer o contrato grupal, onde se definiram as regras de convivência, em conformidade com os valores e expectativas do grupo que se dispõe a colaborar mutuamente com o estudo, tendo em vista a dinâmica pretendida (DALL'AGNOL e TRECH, 1999).

De acordo com o planejado, iniciamos o encontro com agradecimentos e apresentação da minha proposta de estudo, com base na justificativa, problematização do tema e objetivos pretendidos. Nesse momento, expusemos também, sucintamente, a metodologia que seria utilizada no estudo, apontando para a necessidade de se estabelecerem acordos e de se planejar coletivamente o desenvolvimento das sessões.

Como a necessidade de Educação Permanente é um problema vivenciado por todos, os participantes se colocaram dispostos a discutirem sobre o tema, enfocando a troca de experiências entre a equipe.

Foram convidados a participar do estudo, duas equipes de profissionais que trabalham nas USAs, ou seja, enfermeiros, médicos e socorristas de um determinado plantão. A prática ocorreria durante o plantão (no horário de trabalho) e no início do período matutino, já que estatisticamente há um menor número de acionamentos pela central de regulação. Seriam realizadas quatro oficinas, que se efetivariam na sequência desse plantão. Os encontros durariam aproximadamente 01 hora, mesmo porque, pela adversidade do serviço é difícil contemplar o grupo no período determinado, havendo a possibilidade de interrupções por acionamento da USA. A maioria das oficinas ocorreu na sala de reuniões da base do SAMU (localizada próxima da central de regulação), o que facilitou a participação dos profissionais no horário de trabalho, tendo livre acesso a USA no caso de um acionamento.

Outro profissional poderia participar do grupo independente de não ter participado do grupo anterior e não havia restrição quanto ao número de participantes. Segundo Minayo (1992) a pesquisa qualitativa não se baseia em critérios numéricos, para garantir a sua representatividade. A amostragem boa é aquela que possibilita abranger a totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões.

Ofereci o termo de consentimento livre e esclarecido aos participantes, evocando os principais pressupostos como a participação voluntária, a possibilidade de

desistência, a preservação da identidade, entre outros. Esse termo foi assinado por todos os profissionais que contribuíram com o estudo.

Alguns conceitos de pesquisadores sobre a Educação Permanente foram trazidos por mim para levantar discussão entre o grupo. A necessidade de expor suas idéias era visível e cada um contribuía verbalizando suas experiências.

Durante os encontros os participantes sentavam-se em cadeiras dispostas em círculo, visando favorecer o contato, de forma que todos pudessem visualizar e ouvir quando cada pessoa estava colocando suas opiniões ao grupo. Foram discutidos assuntos como:

- a necessidade de “treinamentos” mais direcionados para o ambiente pré-hospitalar, diferenciando-os dos ambientes hospitalares, visto que as técnicas, a cena, a criatividade e o improviso são específicos embora as situações clínicas apresentadas pelos pacientes sejam semelhantes;
- dúvidas quanto ao financiamento da Educação Permanente, e se realmente são necessários recursos desta natureza para que esta ocorra;
- o que estaria incluído na Educação Permanente? Condições físicas, educativas, carga horária, cursos, equipamentos, etc. Foi falado que esta vai além de sinais e sintomas e o que se deve fazer, abordando ética, relacionamento interpessoal, condições adversas;
- comentou-se da falta de equipamentos específicos para cursos, e que vários equipamentos foram danificados pelo não treinamento e conseqüente manuseio inadequado dos profissionais;
- além de a Educação Permanente ser sentida pela equipe, eles percebem que a população desconhece para que serve o serviço, acarretando em desgaste dos médicos reguladores e das equipes que atendem situações sem necessidade de urgência, colocando as mesmas em risco, num deslocamento rápido ou então pelo estresse vivenciado;
- os profissionais também ficam emocionalmente abalados, quando ocorrem situações de “pressão” da população em deslocar um paciente sem

necessidade de internação, dos profissionais nos hospitais que recusam o paciente, pelos atendimentos em locais adversos, e diante de tanto estresse não ter apoio psicológico aos mesmos.

Todos concordam que o tempo é pouco para a discussão dos inúmeros assuntos levantados, porém que é possível mudar, através das equipes. Sugeriu-se criar um fórum de discussões sobre o que é possível e o que não é possível fazer acerca da Educação Permanente no SAMU.

Sabe-se que através da Educação Permanente, mesmo com custos para o Estado, há lucros, pois os políticos, as equipes, o paciente e o próprio Estado ganham com a qualidade na assistência.

Destaco ainda que durante todo o encontro os profissionais se colocaram, expondo suas opiniões, apresentando a realidade sobre sua ótica e que desta forma o grupo conseguiu socializar os diferentes modos de pensar e agir. Refletimos coletivamente sobre as nossas ações, levantamos problemas do nosso cotidiano e buscamos hipóteses de soluções para transformar a nossa realidade. Os profissionais mostraram-se bastante engajados e comprometidos com a proposta.

Um participante avaliou o encontro como fantástico, dizendo que eu estava fazendo o que os gestores deveriam fazer.

Frente ao desafio de desempenhar o papel de facilitadora-mediadora do grupo, era iminente uma apreensão da minha parte em relação à resposta da equipe diante da proposição estabelecida com o grupo focal. Eu estava ansiosa e preocupada, pois não sabia como seria estar reunida com as pessoas que trabalho diariamente, desenvolvendo um novo papel, o de pesquisadora, mediadora da prática educativa. Afinal eu estaria ali, investigando a maneira de pensar e agir das pessoas, e isso me amedrontava. No entanto, a motivação do grupo, expressa em suas falas e no conteúdo não verbal como olhares, entonação de voz e sorrisos, fez-me sentir confiante. O empenho dos profissionais no estudo refletia a necessidade de discussão da temática com um significado coletivo para o curso e seus sujeitos, para além de uma necessidade minha enquanto pesquisadora.

Este fato impulsionou-me em concretizar a prática proposta, reforçando a importância do processo educativo continuado no cenário da prática assistencial. O encontro foi encerrado com bombons e uma mensagem de reflexão.

#### *4.6.1.3 A segunda sessão*

Na segunda sessão participaram sete profissionais: três enfermeiras, dois médicos e dois socorristas. Iniciamos o encontro com as saudações, incluindo a participação de cinco profissionais que não estavam no primeiro encontro. Por esse motivo, fizemos uma brevíssima explanação dos objetivos da proposta, dos acordos firmados no grupo (resumo do encontro anterior) e oferecemos o termo de consentimento livre e esclarecido, para que lessem e assinassem uma das cópias entregando-a para mim ao final do grupo focal.

A partir do que foi discutido no encontro anterior, iniciei com uma pergunta que tinha sido levantada e ficado sem resposta no encontro anterior: o que é possível e o que não é possível fazer acerca da Educação Permanente no SAMU?

Utilizamos uma dinâmica com cartazes (papel Kraft), onde um voluntário do grupo ficou responsável em escrever (pincel atômico colorido) as percepções coletivas para a referida pergunta. Durante esta discussão, enquanto facilitadora, procuramos estimular a participação de todos. O tempo disponível se mostrou adequado, aproximadamente 50 minutos.

Na síntese provisória, entre as possibilidades destacaram-se: as equipes de profissionais serem fixas por unidade, o que favoreceria o entrosamento no atendimento; mais terminais de computadores na base, com um banco de dados virtual e bibliotecas eletrônicas, palestrantes conceituados periodicamente no serviço; cursos internacionalmente protocolados sem custos à equipe; a própria equipe criar seus protocolos; discussão dos atendimentos a partir de estudos de caso, semanalmente; mudança no contrato dos profissionais médicos, o que gera insatisfação e alta rotatividade no serviço dificultando o entrosamento da equipe; condições melhores da base como: ar condicionado nos quartos, melhorias no expurgo, ar condicionado nas USAs, Equipamentos de Proteção Individual (EPI), equipamentos adequados para o serviço (excesso de peso) e salário digno.

A discussão não levou em conta o que não era possível fazer para que a Educação Permanente no SAMU ocorra. Os profissionais debateram bastante o tema, envolvendo as possibilidades, independente de quem tem a competência para concretizá-las.

Ao término da discussão foi proposta uma avaliação coletiva do grupo, o que resultou na recomendação, pela grande maioria do grupo, que este trabalho serva de base para que os gestores passem a reproduzir momentos educativos problematizadores. Eles dizem que quem trabalha na gestão, não conhece a realidade. Essa seria uma maneira de expressarem as suas reivindicações “no papel”. Também foi reforçada a importância dos diversos profissionais (médicos, enfermeiros e socorristas), se agregarem para um objetivo comum a partir das discussões.

Enquanto facilitadora, continuei motivada, ressaltando a vontade da equipe em expressar seus pensamentos e refletirem acerca do tema vendo possibilidades de mudança a partir de todas as dificuldades levantadas. Ao longo da discussão foi difícil manter o foco na temática proposta, pois apesar de estarmos tratando da educação permanente nas unidades de suporte avançado, foram levantados problemas quanto ao “treinamento” dos profissionais das USBs, que indiretamente também afetam o serviço da regulação médica e, conseqüentemente, das USAs. Nesses momentos, deixei fluir o assunto, percebendo um nexo que também poderia ser aproveitado para a USA.

Embora os depoimentos avançassem ainda de forma desorganizada, já que muitos falavam ao mesmo tempo e de forma pontual, fui percebendo que os profissionais não estavam se incluindo como parte da Educação Permanente, esperando ações externas, sendo receptores do saber.

De modo geral, a minha avaliação remete à possibilidade do encontro propiciar a reflexão no grupo, a auto-reflexão e o desenvolvimento de um olhar mais crítico para as questões discutidas. Pude perceber através de depoimentos, certo comprometimento (ainda pessoal e individualizado) com o projeto a ser desenvolvido em grupo e o interesse em ser parte integrante da discussão coletiva.

Contentou-me ao ver a participação efetiva do profissional médico num estudo desenvolvido por uma enfermeira do próprio serviço, contribuindo tanto quanto os

demais profissionais da USA para o estudo. O encontro foi encerrado com bombons e uma mensagem de reflexão.

#### *4.6.1.4 Terceira sessão*

Na terceira sessão, a representação dos profissionais foi de dois médicos e três enfermeiros, totalizando cinco participantes. Os dois profissionais médicos não haviam participado nos encontros anteriores; entre os enfermeiros, um deles participou dos dois encontros e duas somente de um encontro. Diante dos novos integrantes, fizemos uma brevíssima explanação dos objetivos da proposta, dos acordos firmados no grupo (resumo do encontro anterior) e oferecemos o termo de consentimento livre e esclarecido, para que lessem e assinassem uma das cópias entregando-a para mim ao final do grupo focal.

Este encontro teve como objetivo estabelecer um Programa de Educação Permanente, partindo das necessidades do grupo, traçando hipóteses de solução para os problemas emergidos a partir da observação da realidade e estabelecendo o que seria possível ser feito para viabilizar isso individualmente e/ou coletivamente. Dessa maneira, os participantes tiveram a oportunidade de decidir, priorizar e planejar ações. A dinâmica utilizada foi a partir do que se construiu no encontro anterior, nos cartazes, estabelecer discussões, reflexões, prioridades e ações.

Passamos para discussão, iniciando com uma retrospectiva sobre o que o grupo já havia debatido, refletido e construído até aquele momento. Apresentamos a síntese provisória envolvendo o que é possível fazer para que a educação permanente ocorra no SAMU, seguida de discussão para então ser validada.

O grupo entrou num consenso quando diz que a Educação Permanente é necessária e fundamental para que os profissionais não aprendam somente com a prática e perpetuem o erro. Deve ser no horário de serviço, ou que conte como hora trabalhada, trazendo profissionais de fora, como mediadores ou valorizando os nossos. Considerou que é de interesse do governo e da sociedade esse trabalho permanentemente educativo entre as equipes.

A discussão também envolveu uma reflexão sobre as categorias profissionais (médicos, enfermeiros e socorristas) e seus distanciamentos, pontuando que temos que funcionar como uma unidade, todos os profissionais exigindo junto suas

reinvidicações por melhorias, seja educativa, salarial, de condições de trabalho. Por ser um serviço de quase um ano, muitos já estão desestimulados.

O próprio vínculo empregatício com o serviço diferenciado por categoria profissional contribui para divergências nas equipes, sendo heterogêneas.

Para o grupo, esse vínculo entre os membros das equipes deveria ser priorizado desde o início do serviço. Como conclusão foi apontada a necessidade de se ter claro os papéis de cada profissional envolvido no serviço, para que se efetive uma maior integração entre os mesmos.

A avaliação, realizada ao término do grupo focal demonstrou o engajamento do mesmo e sua preocupação com a realidade do serviço evidenciada pela participação de todos os presentes. No papel de facilitadora, tivemos a dificuldade de encaminhar o grupo para a síntese, principalmente acerca das prioridades de ação.

O foco também foi difícil de manter, principalmente porque surgiram assuntos que divergiam do objetivo proposto, dentre outros críticas aos gestores. Porém, deixando esses pensamentos fluírem, houve o nexos quando um participante comentou da necessidade de inversão de papéis, onde os gestores vivenciassem a nossa prática. Foi falado também da possibilidade da coordenação ser periódica e composta por profissionais diferentes, num tempo que não seja insuficiente para que não se consiga fazer algo importante, nem tempo demais para fazer algo que você esteja desestimulado a lutar.

Nesse momento, percebi que seria interessante trabalhar no próximo encontro os papéis dos profissionais, visto que é preciso se reconhecer como integrante da equipe para que as mudanças ocorram.

O mais interessante deste encontro foi perceber, após algumas horas de plantão, que os profissionais que estavam participando do grupo focal, conversavam com os colegas, que não puderam participar por estarem atendendo no período determinado, e compartilhavam com eles as discussões levantadas, se mostrando como “agentes” de mudança. Esta situação contribuía para reafirmar o propósito, enquanto mestrande e enfermeira do serviço, de despertar a necessidade de reflexão por parte dos envolvidos para possibilitar uma mudança na prática. Foi uma oportunidade de abrir espaços de diálogo entre profissionais, independente do grupo focal oportunizado por mim. Pude

perceber que, a julgar pelo entusiasmo e comprometimento dos integrantes, modificações na assistência prestada poderiam acontecer através do envolvimento coletivo.

Terminei a sessão com agradecimentos e renovação dos acordos do grupo, para o próximo encontro. Cada um recebeu uma mensagem com um bombom.

#### *4.6.1.5 Quarta sessão*

Nesta sessão compareceram sete participantes, três médicos, duas enfermeiras e dois socorristas e teve a duração de uma hora e trinta minutos. Os objetivos envolviam debater os papéis dos profissionais discutidos na sessão anterior. Diante dos novos integrantes (três médicos), fizemos uma brevíssima explanação dos objetivos da proposta, dos acordos firmados no grupo (resumo do encontro anterior) e oferecemos o termo de consentimento livre e esclarecido para que lessem e assinassem uma das cópias entregando-a para mim ao final da sessão.

Iniciamos como de costume com as saudações e como atividade de aquecimento trabalhou-se a dinâmica denominada “Perfil das possibilidades de transformação pela técnica das máscaras”. Esta técnica desperta os sentimentos de influência e antagonismo, dominação e subordinação, positivities e negatividades, traições e confiança, condutas éticas e morais, a relação entre o singular e o plural, dentre outros.

Cada pessoa que participa da dinâmica elabora a sua própria máscara para representar a sua forma de manifestar a sua relação com o mundo, e, por conseguinte com as relações interpessoais na instituição. Após, cada um descreve a sua máscara e a forma como a utiliza no cotidiano, expressando assim, idéias, valores, imagens, medos, inseguranças, fortalezas e fraquezas. As máscaras são trocadas permitindo assim, que cada um vivencie a experiência do outro, criando, assim trocas simbólicas efetivas e afetivas, caracterizando uma relação de troca, na qual mesmo que um dos participantes não vivencie a experiência da mesma forma que o outro, tem a possibilidade de perceber algo desta experiência que também é sua (SANTOS, PADILHA, 1998).

Ao comentarem a atividade, que possibilitou cada um se colocar no lugar do outro e refletirem acerca do desafio diário de cada profissional no desempenho dos



seus papéis, destacou-se que a prática ainda encontra-se fragmentada, com equipes heterogêneas, embora saibam da importância da coletividade e da equipe dentro do serviço. Esta troca de saberes entre profissionais deve ser propiciada segundo eles pelos gestores e mantida pelos grupos de discussão entre os integrantes da equipe, com relação à assistência prestada.

Consegui perceber que nos momentos em que o grupo se reúne, independente do número de pessoas que dele participa, há espaço para pensar e refletir sobre a prática assistencial e isto certamente poderia progredir para discussões maiores, envolvendo os gestores e demais profissionais do serviço e levando progressivamente a ações mais concretas.

Destaco no encontro, reflexões acerca da responsabilidade profissional, do desânimo quase que coletivo, do estresse vivenciado por todos, da falta de estímulo quanto à educação, da necessidade permanente desta educação, humildade necessária para que o processo ocorra.

Ao final do encontro, fizemos uma avaliação em que os profissionais relataram bastante satisfação, pois refletiram sobre suas atitudes no dia-a-dia da assistência, conseguiram avaliar suas ações e discutiram sobre as mudanças que já ocorreram e sobre as que ainda se fazem necessárias.

Como facilitadora do grupo, fiquei muito satisfeita com a oficina. Quando ouvia os relatos dos profissionais, percebia a importância do meu trabalho e a necessidade que os profissionais têm de serem ouvidos, de estarem trocando suas experiências, suas angústias. Neste momento, percebo mais uma vez a importância de questionar e refletir na prática sobre as nossas ações, desvelar nossa realidade, abrir espaços para que os profissionais possam dialogar sobre esta mudança paradigmática, desmitificar a questão do poder, dos papéis e desta forma possibilitar a mudança de valores e significados que têm impacto direto, no modo como se realiza a assistência no SAMU.

O processo de mudança é um processo lento, é um desafio para a equipe. É importante que os profissionais estejam envolvidos e percebam a necessidade de estar re-pensando sua prática, para proporcionar assistência mais adequada no SAMU.

No final do encontro, felizmente sem acionamento das USAs, cada um recebeu uma mensagem final de agradecimentos e bombons.

## **4.7 Organização e análise dos dados**

O processo de análise se concretizou durante todo o processo desta prática assistencial, interagindo com a coleta de dados.

A organização dos dados ocorreu retomando-se a síntese dos registros provenientes de cada oficina e focalizando estes elementos propostos por Trentini e Paim (2004). Para tanto, foram extraídas as categorias que emergiram de cada encontro, examinando subjetivamente as associações; posteriormente, foi realizada a associação do referencial teórico, adotado com as relações reconhecidas durante o processo de síntese. O passo seguinte consistiu na significação das descobertas procurando contextualizá-las.

Estes processos possibilitam o melhor aproveitamento dos dados coletados durante a prática assistencial e foram utilizados na análise final dessa Pesquisa Convergente-Assistencial. A seguir, apresentamos a trajetória de análise que levou a construção das categorias.

### **4.7.1 Construção das Categorias**

Os temas problematizadores foram abordados em todas as sessões, ora de forma mais direta, ora de forma mais indireta levando ao aprofundamento das questões. Esse processo caracterizou-se por reflexões e críticas cumulativas e revelou que os profissionais embora tivessem noção da necessidade de Educação Permanente, não haviam teorizado e significado alguns aspectos fundamentais acerca do assunto. Nas discussões ficou também evidenciada a necessidade de compreender, inicialmente, quais os objetivos da Educação Permanente enquanto Política Pública de Saúde, para então pensar no que ela representa e como pode ser aplicada dentro do SAMU. Assim, o debate sobre a Educação Permanente imprimiu um movimento dialético entre os significados acerca do que ela representa seus objetivos e o papel dos sujeitos, sejam eles profissionais ou gestores, nesse processo.

Do tema-problematizador: O que é Educação Permanente? Os elementos constantemente identificados foram:

- treinamento da equipe (formal, informal) e frente às peculiaridades do serviço;

- discussão do processo de trabalho (biossegurança, aspectos psicológicos, direitos e deveres do trabalhador, educação além do serviço, trabalho em equipe).

A partir do tema-problematizador envolvendo Como a educação permanente pode acontecer no SAMU? , foi identificado o seguinte elemento:

- propostas de Educação Permanente no serviço.

Dos temas problematizadores, emergiram dificuldades e potencialidades encontradas para a concretização dos objetivos do estudo, envolvendo o papel dos profissionais e dos gestores. Esses aspectos contribuíram para reforçar e ressignificar as crenças e valores dos sujeitos, acerca da Educação Permanente numa perspectiva coletiva.

Considerando-se a necessidade de sistematização do processo de análise e conseqüente discussão à luz do referencial teórico adotado nesse estudo, retornamos ao material produzido nas sessões de grupo focal submetendo-o à exploração dos dados. Percebemos que através das palavras-chave supracitadas deu-se origem às categorias, visto que foram constantes em todas as oficinas, tendo grande significado para os participantes e as mesmas permitiram colocar em relevo as informações obtidas. As categorias nada mais são que temas elencados, através de critérios semânticos, no agrupamento dos significados, que emergiram das falas (MINAYO, 1994).

As três categorias, as quais receberam uma denominação que melhor expressou o núcleo dos sentidos nas discussões nos grupos foram:

- educação no trabalho como estratégia para a Educação Permanente;
- processo de trabalho como Educação Permanente;
- diretrizes para a Educação Permanente no SAMU.

Com as categorias pré-definidas foi possível realizar interpretações previstas no quadro teórico, abrindo outras possibilidades em torno de dimensões teóricas sugeridas pela leitura do material. Segue o organograma das categorias e subcategorias deste trabalho:

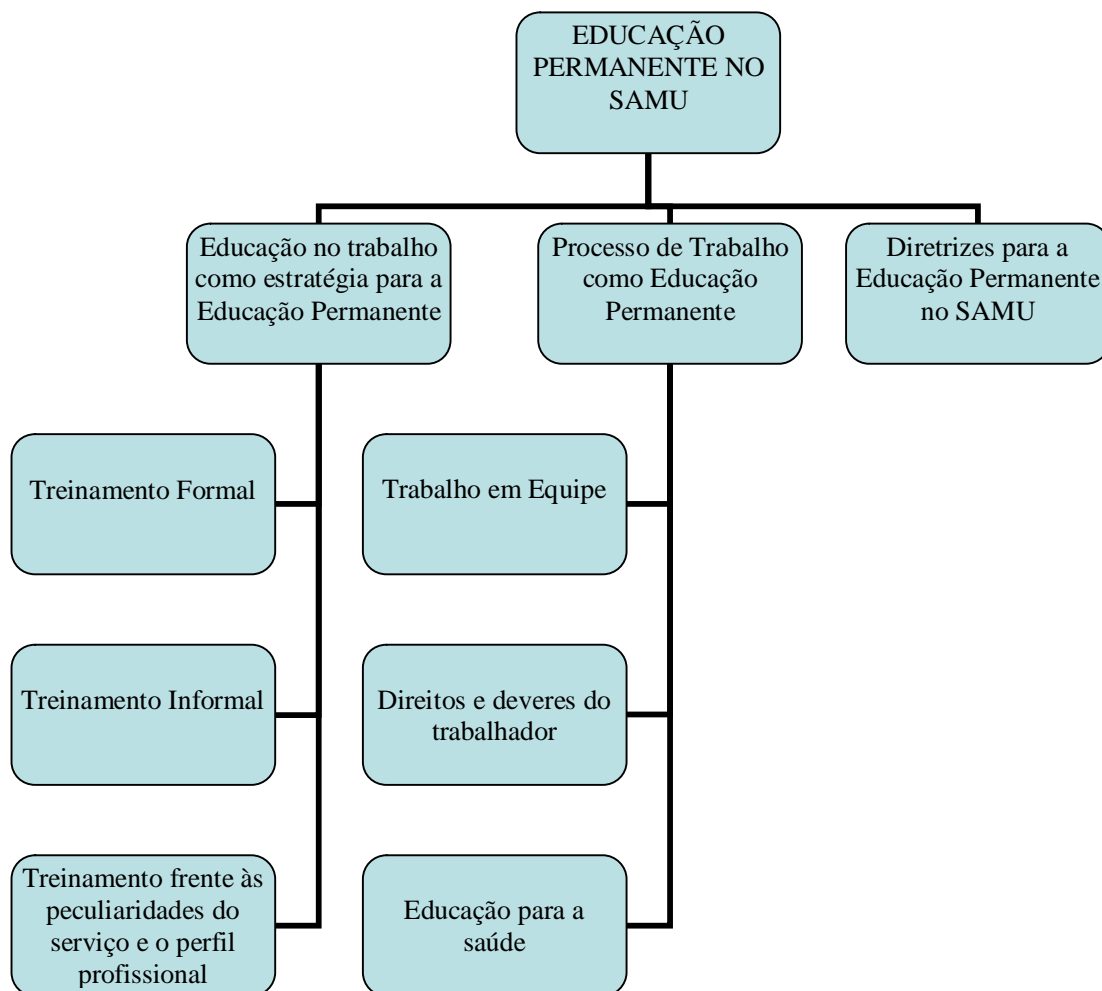


Figura 2: Organograma das categorias e subcategorias acerca da Educação Permanente no SAMU.

A possibilidade de confrontar os dados com o referencial teórico pesquisado, o qual será apresentado no próximo capítulo, permite que algumas conclusões sejam formuladas. Porém, segundo Minayo (1994, p. 79) “o produto final da análise de uma pesquisa, por mais brilhante que seja, deve ser sempre encarado de forma provisória e aproximativa”, diz ainda que “esse posicionamento se baseia no fato de que, em se tratando de ciência, as afirmações podem superar conclusões prévias a elas e podem ser superadas por outras afirmações futuras”.

## **5 COMPREENDENDO A EDUCAÇÃO PERMANENTE PELO OLHAR DOS TRABALHADORES E CONSTRUINDO COLETIVAMENTE DIRETRIZES PARA QUE A MESMA OCORRA NO SAMU**

*“A amorosidade de que falo, o sonho pelo qual brigo e para cuja realização me preparo permanentemente, exigem de mim, na minha experiência social, outra qualidade: a coragem de lutar ao lado da coragem de amar!” (Paulo Freire).*

Nesta pesquisa, o processo de identificação dos elementos essenciais atribuídos aos significados da Educação Permanente no SAMU, configurou-se em categorias temáticas, que entendemos serem representativas dos debates realizados no Grupo Focal. Desse modo, as reflexões originadas no processo de sistematização e interpretação dos dados, norteados pelo referencial do estudo, levam à compreensão da Educação Permanente no SAMU a partir de três categorias denominadas: **Educação no Trabalho como estratégia para a Educação Permanente, Processo de Trabalho como Educação Permanente e Diretrizes para a Educação Permanente no SAMU.**

Segundo Minayo (1994) nem sempre a tarefa de formular categorias é simples. Às vezes, essa tarefa pode se transformar numa ação complexa e isso só pode ser superado com a fundamentação e a experiência do pesquisador. Por outro lado, a articulação das categorias configuradas a partir dos dados com as categorias gerais também requer sucessivos aprofundamentos sobre as relações entre a base teórica do pesquisador e os resultados por ele investigados.

Nesse sentido, ao interpretarmos os dados à luz do referencial teórico, selecionamos temas relevantes que sustentam estas três grandes categorias. Dessa maneira, foi possível agrupar elementos, idéias ou expressões em torno de um conceito capaz de abranger um todo acerca da Educação Permanente no SAMU e discutir alicerçado no referencial articulando teoria e prática.

A Educação Permanente, tal como é concebida pelo Ministério da Saúde, implica na transformação de concepções e práticas e também de relações de poder; implicam na produção de novos conhecimentos e saberes. Ela precisa ser construída

com base na reflexão crítica sobre as práticas vigentes e em parceria, entre universidades, serviços de saúde e população, pois nenhum dos atores participantes tem todas as respostas e ferramentas necessárias à sua implementação (FEUERWERKER, 2003).

Buscando esta convergência, apliquei os conceitos pedagógicos de Educação Permanente, que tem como fundamentação teórica educação no trabalho do profissional de saúde, fortalecendo a contextualização da realidade, a integralidade das ações e proporcionando atualização constante de toda a equipe envolvida nos atendimentos de urgência/emergência, conforme os preceitos de Delors (1996) que a Educação se dá ao longo da vida.

Esse estudo representou uma oportunidade coletiva para o desenvolvimento contínuo da Educação Permanente no serviço. Assim, os assuntos levantados pelo grupo, descritos em categorias e subcategorias, abraçaram o tema através da reflexão crítica da realidade por diversos profissionais.

### **5.1 Educação no trabalho como estratégia para a Educação Permanente**

Com o intuito de induzir as mudanças, tanto no campo das práticas de saúde como no campo de formação profissional, o Ministério da Saúde tem se preocupado em reorientar estratégias no modo de cuidar, tratar e acompanhar a saúde individual e coletiva e tem sido capaz de provocar importantes repercussões nas estratégias e modos de ensinar e aprender em serviço (BRASIL, 2003 b).

Programas como os de Interiorização do Trabalho em Saúde, de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina, de Capacitação e Formação em Saúde da Família, de Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem, de Aperfeiçoamento ou Especialização de Equipes Gestoras, de Formação de Conselheiros de Saúde, entre outros, caminharam nessa direção e possibilitaram a mobilização de pessoas e instituições no sentido de uma aproximação entre instituições formadoras e ações e serviços do SUS. No entanto, todas essas iniciativas têm de enfrentar, em sua própria concepção e desenvolvimento, o desafio de construir-se em eixo transformador, em estratégias mobilizadoras de recursos e poderes, em recursos estruturantes do fortalecimento do SUS, deixando de estar limitadas a introduzir mudanças pontuais nos modelos hegemônicos de formação e cuidado em saúde (BRASIL, 2003b).

A educação permanente não deve ser concebida como algo que se obtém por acumulação (cursos, conhecimentos ou técnicas), como a educação para o serviço geralmente se propõe, mas sim como uma construção através de um trabalho de reflexividade crítica sobre as práticas. Nesse contexto, se torna fundamental investir no profissional e reconhecer o saber da sua experiência, proporcionando ao mesmo, autonomia para contextualizar a realidade e interagir com o meio, dando sentido ao trabalho enquanto profissionais da saúde.

Deve-se reiterar que as capacitações pontuais, na educação permanente, não esgotam o conceito/noção de educação para o trabalho técnico, uma vez que elas devem ocorrer na dimensão em que se compreende as equipes de trabalho e a gestão do trabalho: discutir os “programas” e o sistema de saúde, as novidades tecnológicas ou epidemiológicas e a integralidade da atenção, os protocolos assistenciais e a clínica ampliada, criando, sempre, fluxos de análise e problematização (pensamento avançado). Pode-se/Deve-se realizar a educação aplicada ao trabalho (capacitações tradicionais), mas também a educação que pensa o trabalho e a educação que pensa a produção do mundo. Em ambos os casos, pode-se/ deve-se inserir fluxos à reflexão crítica (BRASIL, 2003b).

Para isso, serve a Educação Permanente: para produzir novos pactos e novos acordos coletivos de trabalho no SUS. Seu foco são os processos de trabalho (atenção, gestão, controle social), seu alvo são as equipes e seu lócus de operação é coletivo, pois o olhar “do outro” é fundamental para a possibilidade de problematização. (FEUERWERKER, 2003).

É preciso discutir a realidade do serviço com os profissionais, para que se reconheçam como sujeitos ativos e co-responsáveis pelo processo. Assim sendo, considerando-se a intencionalidade da Educação Permanente e o envolvimento dos participantes no processo educativo, foi possível identificar nesse estudo algumas falas nesse sentido, durante os grupos focais.

As reflexões do grupo focal parecem, inicialmente, apontar a Educação Permanente como “Treinamentos” puros e simples, desarticulados com a realidade e fragmentados no processo. No entanto, a apropriação crítica de vários pontos levantados, imprimiu a ressignificação da Educação Permanente num sentido mais

amplo, entendendo-a como um espaço de diálogo em que os participantes também possuem responsabilidades.

*Muitos dos problemas que estão no SAMU dependem das pessoas que trabalham aqui. Não adianta ficar falando que têm que pagar curso, que tem que ter computador, biblioteca, sites pagos da área, tudo isso é preciso, mas entre tem que ter e ter há uma diferença enorme, não dá pra ficar esperando tudo dele (Estado) (M4).*

Desse modo, transformar a formação e gestão do trabalho em saúde não pode ser considerada questão simplesmente técnica, nem tão pouco como transmissão de conhecimento, já que envolve mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e, principalmente, nas pessoas (BRASIL, 2003b).

O conceito de Educação Permanente foi discutido no grupo em vários momentos, sendo manifestado dentro desta grande categoria por três subcategorias problematizadoras.

Assim, os debates evoluíram a partir da concepção de que a Educação Permanente é entendida como Treinamento Formal, Treinamento Informal e Treinamento frente às peculiaridades do serviço e o perfil profissional.

Podemos considerar estas idéias como ponto de partida das reflexões, em que a Educação Permanente é significativa não apenas pelos treinamentos propostos na Educação no trabalho (segmentada), mas que envolve todo o processo de trabalho. Seguem abaixo as subcategorias analisadas.

#### 5.1.1 Treinamento formal

Nas sociedades ocidentais modernas a educação em Saúde, realizada até então, apóia-se no modelo biomédico-mecanicista, nos resíduos do higienismo e valorização da razão sobre o sensível. Esta concepção racionalista que tem o propósito de modificar o comportamento do indivíduo, por meio de um saber enciclopédico, teve sua origem no movimento iluminista do século XVIII, que ainda norteia o campo da Educação em Saúde (TEIXEIRA e DAHER, 1999).

As instituições formadoras têm perpetuado modelos essencialmente conservadores, centrados em aparelhos e sistemas orgânicos e tecnologias altamente



especializadas, dependentes de procedimentos e equipamentos de apoio diagnóstico e terapêutico (CECCIM e FEUERWERKER, 2004). Entretanto, este modelo não considera aspectos culturais, subjetivos e sociais que envolvem o processo saúde e doença.

Pelo fato de no SAMU o conhecimento fisiológico, o racionalismo, objetividade, habilidade técnicas possam custar uma vida, estes aspectos são supervalorizados, contudo a Educação Permanente não pode limitar-se somente a esse aspecto.

Considerando tudo o que já foi comentado a respeito do processo de aprendizagem de adultos, é fundamental a utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, que possibilitam a construção dos conhecimentos a partir dos problemas da realidade, bem como a integração de conteúdos de diversas ciências, a integração entre teoria e prática (FEUERWERKER, 2003).

Nos capítulos iniciais já tinham sido abordados os propósitos dos cursos americanos Advanced Trauma Life Support (ATLS), Advanced Cardiac Life Support (ACLS), e congêneres em relação à Política Nacional de Educação Permanente. Estes cursos, por serem conhecidos dos trabalhadores de urgência, e no caso do SAMU, servirem de pré-requisito para admissão médica no serviço, logo foram levantados e discutidos entre os profissionais sinalizando a necessidade dos mesmos para a prática. No entanto, por serem patenteados o ensino multiplicador do método assistencial, o curso tornando-se cada vez menos acessível, sendo realizado apenas por equipes autorizadas (MARTINS, 2004).

*PHTLS, ATLS, acho que os gestores tinham que bancar pra equipe, até para primar pela qualidade do serviço, que é uma maneira de deixar tudo protocolado, deixar as equipes mais homogêneas (M3).*

*Eu acho fundamental que a gente tenha esses cursos como o ATLS, PHTLS, porque eles são protocolos mundiais, porque não adianta a gente querer criar coisas simplesmente, no mínimo a gente tem que ter como base coisas que já existem (M6).*

*...estes cursos são muito caros, o Estado paga muito pouco pra gente, vai ter um curso agora..., que é a metade do nosso salário, como é que eu vou fazer? Proporcionando o curso, o nosso trabalho vai sair muito melhor... E é interesse para o governo também que a gente faça bem o nosso trabalho, está o nome dele aqui (E3).*

*Para o profissional médico, na seleção é direcionado o perfil, na hora da escolha, a análise do currículo, vai contar pontos se você já tem formação voltada pra isto, dos teus cursos de ATLS, ACLS, PHTLS, se a sua residência já está nesta área, vai muito do interesse do médico (M6).*

Os protocolos de atendimento, abordados nesses cursos, muitas vezes são transformados em protocolos institucionais, na perspectiva de padronizar as práticas assistenciais em saúde, destacando-se aí uma prática assistencial inflexível e sem autonomia de escolha (MARTINS, 2004). “Sem a autonomia necessária para identificarmos os atos que deveriam ser feitos, os que não deveriam ser feitos e os que poderiam ou não deixar de ser feitos, estaremos reproduzindo apenas atos autômatos” (PAVELQUEIRES; ROZENDO; COLLET; 1995, p.164).

As urgências e, conseqüentemente, o atendimento pré-hospitalar vêm crescendo de uma maneira alarmante, necessitando de um enfrentamento de forma séria e competente. O treinamento da equipe que presta esse tipo de assistência é parte fundamental desse cuidado. Porém o fato de no SAMU os profissionais serem da área da saúde, a flexibilização dos protocolos se faz necessária frente à autonomia profissional, em realizar o cuidado.

As falas apresentadas expressam, além de uma tendência passiva de aprendizagem por parte dos profissionais, a prioridade dos mesmos quanto ao conhecimento técnico (prático) a ser desenvolvido diariamente no serviço.

*A gente, a partir daí, pode discutir a problemática da nossa realidade, mas temos que seguir o consenso mundial, guiados por alguém treinado e capacitado pra isso (M6).*

Para analisar estes dois aspectos, buscamos fundamentação em CORRÊA (2005, p.137), que nos esclarece que:

[...] à prática, ela deve ser trabalhada a ponto de criar a realidade humana e social. Porém, não se trata de uma atividade prática que se contrapõe à teoria, como se fossem dois campos distintos da atividade humana. Tampouco, ao contrário do que muitos afirmam, a práxis não se reduz ao trabalho, nem o trabalho se reduz a práxis.

A práxis envolve a praticidade e a teorização, porque andam juntas e têm que ser trabalhadas simultaneamente, pois ela se traduz na ação - reflexão - ação. Desta forma, estimula-se a consciência crítica e uma atitude comprometida frente à realidade

e, conseqüentemente, segundo Koeche (2006) o entendimento de conhecimento como processo que implica na ação e na reflexão de seu contexto.

A necessidade do grupo por esse tipo de formação (aos moldes americanos), tem que estar vinculada a sua realidade ou então que seja permitido um paralelo com esta, para que não se limite ao repasse absoluto do conhecimento, pelo método mnemônico aos profissionais.

Já a passividade de aprendizado vem do método tradicional de aprendizagem, onde grande parte dos trabalhadores foi formada, através do conservadorismo e do método “não crítico e que defendiam a sociedade como um todo harmonioso, isento de contradições e conflitos, se colocando acima e a parte das relações sociais” (COLOMÉ, LANDERDAHL e OLIVO, 1999, p. 167). Dessa maneira os profissionais do SAMU desconhecem, ou tem dificuldade quanto à problematização como prática pedagógica.

A educação básica desde os anos 1950 quando, face às desigualdades entre as nações e grupos sociais, começou-se a desenvolver a noção de capital humano e, mais recentemente na década de 1980, as noções de sociedade do conhecimento, pedagogia das competências e empregabilidade. Quanto mais regressivo e desigual o capitalismo realmente existente, mais ênfase se tem dado ao papel da educação, e uma educação marcada pelo viés economicista, fragmentário e tecnicista. (FRIGOTTO, 2005, p.73)

Merhy e Onocko (1997, p.71-72) coloca que justamente o modo como se estruturam e são gerenciados os processos de trabalho configuram “um dos grandes nós críticos” das propostas que apostam na mudança do modelo tecnoassistencial em saúde no Brasil, “que se tem mostrado comprometido com muitos tipos de interesse, exceto com a saúde dos cidadãos”.

A educação no mundo globalizado tem como objetivo o conhecimento científico e como reflexo a competitividade entre os profissionais. Isto é visto em todos os setores, inclusive na saúde. No entanto, a tecnologia não pode ser supervalorizada a ponto de substituir a avaliação clínica e social por parte do profissional da saúde.

A Globalização, não é somente responsável por aspectos negativos no cuidado, ela é responsável pela quantidade de informação disponível e pela tecnologia

disponível aos profissionais da saúde. Entretanto, “a formação não pode tomar como referência apenas a busca eficiente de evidências ao diagnóstico, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia das doenças e agravos” (CECCIM e FEUERWERKER, 2004, p.4)

A atualização técnico-científica é apenas um dos aspectos da Educação Permanente e não o seu foco principal, todavia os profissionais têm essa necessidade de educação em serviço, inclusive quanto ao aparato tecnológico:

*(...) se todo mundo aprendesse a mexer em tudo de uma mesma forma, desde médicos até socorristas, não haveria tanto esse diz-que-diz-que (E1).  
 (...) já vi gente queimar o aparelho na minha frente por não saber usar (S1).  
 (...) nós trabalhamos com equipamentos que não usamos com muita frequência, e pelo fato de sermos seres humanos, nós também esquecemos (E1).*

Além de treinamentos técnicos específicos, para amenizar um problema determinado, é necessário uma estrutura problematizadora da realidade, para que possamos tomar consciência dos problemas que precisam ser resolvidos.

*(...) a formação não pode ter uma visão reducionista de transmissão de conhecimentos, desenvolvimento de competências, saberes e habilidades, mas o reconhecimento de que para a formação do trabalhador para as relações sociais de produção a escola tem que priorizar a sua constituição como seres humanos e sociais, englobando a maneira de viver, sentir e pensar (CORRÊA, 2005, p.136).*

Atualizações na área da saúde são constantes e os profissionais nos seus depoimentos salientam esta carência. Um treinamento que não parta da necessidade do grupo não repercutirá em melhorias, se não houver um elo com a prática. Isso ficou claro na fala abaixo:

*o que é discutido, parte dos interesses dos coordenadores, não dos nossos, no dia 02/12 vai ter simulado, que vai estar na mídia, então eles estão batendo só nesta tecla em duas reuniões seguidas...(M3).*

A criação de protocolos pelo próprio grupo, através de uma construção coletiva e articulada com a realidade, vem ao encontro das Práticas de Educação Permanente e foram sugeridas pelos profissionais, que já começam a compreender a problematização da realidade e o trabalho coletivo.

*(...) ninguém nunca vai atender igual, mas tem que ter protocolos. A forma de se trabalhar é muito diferente, até na regulação é diferente, existe uma diferença enorme entre um regulador e outro, e isso é falta de protocolo, treinamento da equipe, e a pessoa acaba fazendo aquilo que ela “acha” que deve fazer, e não pode ser assim. E quem tem que criar os protocolos somos nós. Nós que estamos no dia-dia. A gente vê que algumas pessoas que estão responsáveis por nós, por elas não estarem aqui no dia-dia, elas não têm a menor noção da nossa realidade, então elas vêm isso de uma forma muito teórica (...). Tem que haver protocolos formulados por nós! (M4).  
Cada vez mais não se tem mais esse negócio de medicina, enfermagem...como eu faço..., tudo tem que ser baseado em evidências e protocolos discutidos (M6).*

Um outro aspecto a ser considerado é o fato de que um atendimento de emergência mal organizado acarreta custos mais elevados. Isto fica claro nas conclusões do livro *Protocols in Traumatology*, realizado com base na experiência de Seattle (EUA), onde houve redução de gastos hospitalares na ordem de 40%, quando passaram a ser colocadas em prática as rotinas técnicas, padronização de medicamentos e de materiais. As equipes treinadas, seguindo uma mesma sistematização, gastam menos materiais e evitam que pacientes desenvolvam lesões graves, cujo tratamento irá requerer longa permanência hospitalar com cuidados especiais e, muitas vezes, tratamento em UTI, aumentando ainda mais estes gastos (PESSOA, 2001).

Na prática, percebe-se a preocupação do NEU na construção de um material próprio, onde um manual de rotinas para situações específicas de emergências está sendo construído. Tais situações de emergências foram listadas pelo NEU e foram convidados profissionais do SAMU, de acordo com a afinidade ao tema, para desenvolverem os assuntos. Estes profissionais tiveram o livre direito de aceitar ou não a construção do manual e o processo ocorre fora do horário de trabalho, com fonte bibliográfica ou de pesquisa, a critério e custas dos mesmos. Geralmente, os assuntos são escritos em duplas (enfermeiro e médico). Existe um grupo de profissionais do

NEU que avalia o escrito e sugere alterações, quando necessário, para futura publicação no site do SAMU-SC, na Internet. Foi estabelecido pelo NEU um guia, com tópicos a serem abordados na escrita do conteúdo, para que fosse padronizado o manual. Não foi estabelecida uma metodologia de aprendizagem futura aos profissionais, contudo acredito que as reuniões do NEU sobre as avaliações dos artigos poderiam ser abertas aos interessados, para que a construção do manual fosse coletiva e contextualizada, independente se o profissional teve um tema específico para desenvolver ou não, pois percebemos a necessidade de se expressarem, contribuindo com os temas selecionados para o manual.

Segundo Freire (1997, p.110-152) “ensinar exige compreender que a educação é uma forma de intervenção no mundo”, sendo fundamental, entre outras coisas, a “(...) disponibilidade para o diálogo”.

Reconhecemos que o APH tem suas particularidades, principalmente quanto ao tempo para serem contemplados os Momentos Educativos, tendo em vista que no período que a equipe está na base, a mesma pode ser acionada a qualquer momento e que grande parte dos profissionais tem mais de um vínculo empregatício.

Contudo, percebemos que os profissionais do SAMU estão atentos às novas fontes de informação e sugerem condições, entre outras, para um aprendizado informatizado e que viabilize o acesso de todos.

*(...) se nós tivéssemos sites pagos sobre assistência, emergência pré-hospitalar, mais terminais de computador, possivelmente nós teríamos profissionais que estariam aqui estudando (M2).*

*Um banco de dados virtual, bibliotecas eletrônicas, mais terminais de computadores seria fundamental (...) (M3).*

Neste caso, a tecnologia surge com possibilidades favoráveis nas práticas de educação em saúde através da tele-educação. A seleção de conteúdos é essencial, pois não é possível discutir todo o conhecimento disponível, além do fato de que o mesmo pode rapidamente ser substituído, pela velocidade na geração de novas informações. É imprescindível possibilitar ao profissional de saúde do SAMU, acesso às ferramentas de informação. Esta seleção tem maior efetividade se conhecemos quem são os

educandos e o que, no momento atual e no futuro será exigido dos mesmos (COCCO e BAGNATO, 1999).

A massificação da utilização da Internet tornou-a um meio poderoso de disseminação da informação clínica, tornando possível o desenvolvimento de sistemas de informação e sistemas de educação e sensibilização da sociedade.

Este fato, somado à disponibilidade dos participantes para o desenvolvimento dos grupos focais, foi o que despertou em mim a busca pelas informações supracitadas, pois a educação dos profissionais em APH, tendo os princípios problematizadores da realidade como base da Política de Educação Permanente, a tele-educação é uma ferramenta que pode ser utilizada através de vídeo conferência, proporcionando um modo interativo de comunicação, por meio da conversação à distância.

Temos que ter clareza do que é fundamental na formação dos profissionais do SAMU, nesse contexto de constantes mudanças, que não tenham como meta apenas privilegiar o mercado de trabalho, mas que visem basicamente à construção de uma nova sociedade, a formação de sujeito críticos, capazes sempre de buscar o novo, de ousar (COCCO e BAGNATO, 1999).

### 5.1.2 Treinamento Informal

A sabedoria do senso comum, como ferramenta pedagógica, pode servir para a formação, porém, não pode ser aceito como único e verdadeiro (COLOMÉ, LANDERDAHL, OLIVO, 1999). A educação tem a possibilidade de gerar mudanças, pois segundo Monticelli (1994) o bom senso é o núcleo sadio do senso comum, por isso o mesmo não pode ser desprezado.

Monticelli (1994) diz ainda que, se pelo senso comum todos são filósofos (todos pensam), pelo bom senso, se vai um pouco além, ou seja, todos podem pensar criticamente, e pensar criticamente pressupõe uma possibilidade de mudanças.

O que precisamos compreender é que a educação passa pela superação do senso comum (cujos indivíduos não são a-históricos, mas a-críticos; não são passivos, mas potencialmente ativos para mudança). Superar o senso comum é transformá-lo em bom senso (MONTICELLI, 1994). “Transformar o senso comum em bom senso modifica

substancialmente o significado da própria filosofia, que passa a ser também participação mais e coletiva nos bens culturais e intelectuais” (JESUS, 1989, p.46).

Para Freire (1997), a reflexão crítica sobre a prática se torna uma exigência da relação teoria/prática, sem a qual a teoria se transforma em “conversa fiada” e a prática, em ativismo.

Nesse sentido, o treinamento informal utilizado no SAMU é considerado limitado, estático, acrítico e mecanicista, não trabalhando as diferenças, as necessidades concretas e cotidianas do profissional.

*Eu aprendi a mexer no respirador, pois cada respirador é um respirador diferente, cada desfibrilador é um desfibrilador diferente, e eu aprendi a mexer nessas máquinas no paciente, em PCR. (M2).*

*No nosso dia-a-dia, quando trabalha a mesma equipe com certa frequência, há uma protocolação informal, a gente discute alguns casos e muda de opinião de acordo com discussões breves, sem planejamento, e a gente acaba se adequando mais ou menos ao perfil das pessoas que trabalham com você, isso é inevitável, isso é normal (M4).*

*O cara que aprendeu errado continua a fazer errado consequentemente..por isso a necessidade de monitores...pessoas que realmente já trabalham com isso, para darem palestras, serem referência (M2).*

*Se não fosse o próprio pessoal aqui do SAMU se juntar e fazer alguns treinamentos (aulinhas) a gente ia ficar só com o treinamento que tivemos na admissão do SAMU, bem tupiniquim por sinal...(E1).*

*Acho até que a gente aprendeu mais com a prática diária, errando, com colegas (...) (E1).*

*A gente tem que se dar conta que estamos entrando na casa de uma pessoa...isso é bem diferente de ela estar indo num hospital, a gente tem que ter uma postura diferente, não pode ir mexendo em tudo, e isso também tem que ser discutido e protocolado e isso depende de nós (M4).*

Vargas (2006) em seu estudo também verificou que a busca da informação e formação do profissional no APH é conseguida basicamente através de cursos oferecidos pelas empresas empregadoras; na busca do próprio profissional, através da literatura específica e mesmo na experiência adquirida no dia-a-dia do trabalho.

Infelizmente, podemos observar na enfermagem, assim como na área médica, que o aprendizado vai se fazendo dia-a-dia, na prática, sem orientação adequada, principalmente contando com o esforço pessoal dos profissionais (PESSOA, 2001).



Quando o homem perde a capacidade de optar e vai sendo submetido a prescrições alheias que minimizam e as suas decisões já não são suas, porque são oriundas de comandos externos, este homem acomoda-se e ajusta-se (FREIRE, 1997).

A referência aos aspectos biomédicos deve ser trabalhada com as equipes do SAMU, visto que são suas necessidades momentâneas, porém levar em consideração o contexto político, econômico, psicológico, social onde as relações de trabalho se inserem é fundamental para resolver questões como a ética, por exemplo, citadas acima.

A ética na saúde vai além das relações entre profissional e paciente, ou entre profissionais. Ela reflete no descaso do sistema sócio-político e econômico. Evidenciando-se desigualdade ao acesso aos serviços, distribuição insatisfatória de recursos para os programas na área e, ainda pela falta de incentivos e insuficientes investimentos em recursos humanos em saúde. Em consequência, observamos a evasão de pessoal dos hospitais públicos, o fechamento de leitos por falta de profissionais, doentes que passam dias sobre macas nos corredores dos hospitais aguardando leitos, moléstias infecto-contagiosas que são tratadas sem isolamento, doentes que são transferidos sem a menor condição de segurança durante o transporte e sem uma comunicação com o serviço receptor, muitas vezes implicando em retorno ao serviço de origem (PAVELQUEIRES; ROZENDO; COLLET; 1994).

*Porque nós profissionais do SAMU nos sentimos pressurizados, quando estamos na regulação, só se recebe desaforo, na maioria das vezes, chegando ao hospital também, se é mal atendido, com raras exceções... O profissional regulador passa por dificuldades, o profissional da ambulância também passa por pressão dos familiares que querem internar, querem se ver livres do problema, o hospital que não quer receber, são “n” situações nas quais o Estado deveria estar diretamente envolvido nisso (M2).*

Estas situações, enfrentadas pelos profissionais e pelos usuários, poderiam nos levar a dizer que pensar em ética na saúde seria um contra-senso. Entretanto, é justamente por esta situação, que acreditamos ser imprescindível, mais do que nunca, pensar em ética em saúde. No nosso entender, isto implica dizer que a ética extrapola o puro e simples cumprimento de regras e normas estabelecidas, indo além, vendo o homem enquanto ser participante, integrado nas decisões sociais, políticas e

econômicas, portador de dignidade individual e coletiva, um ser que busca relações sociais mais justas, que é parte integrante e sujeito da história, que possa optar por questões relacionadas às condições de sobrevivência como saúde, alimentação e lazer, salários dignos, enfim, questões que dizem respeito à vida (PAVELQUEIRES; ROZENDO; COLLET; 1994).

A solidariedade faz uma real aproximação entre técnica e comportamento ético, por intermédio do qual a diversidade do sujeito deve ser considerada um valor que pode ser visto positivamente, evitando a construção de um mundo homogêneo, normatizado e racional (CAPELLA; GELBCKE, 2002).

A Educação Permanente relaciona-se com a Ética, no sentido de que aos profissionais não cabe apenas o cumprimento de suas funções técnicas e especializadas, à manutenção da saúde ou o restabelecimento de corpos doentes, mas também com o compromisso de reconstruir a prática profissional.

Precisamos estar atentos ao nosso compromisso ético, que vai além dos códigos profissionais, pois segundo Ramos (2002, p. 24).

Deixamos de nos preocupar e de proporcionar espaço para reflexão ética nas ações miúdas do cotidiano e nos confortamos a obediência a códigos já definidos, como se isto bastasse para sustentar o conteúdo ético de nosso agir no mundo. O pensamento ético ficou, assim, confinado no discurso e nas letras da filosofia e dele tendemos a manter distância, como algo alheio ao cidadão comum.

Fica claro, na fala a seguir, a nossa insuficiência frente ao sofrimento, angústia e dor profissional, de um serviço que não vem correspondendo com os anseios profissionais frente a estes aspectos.

*Eu percebo claramente a minha mudança em relação aos atendimentos de “pitti” e tentativas de suicídio, como eu era antes e como eu estou agora. Sabe aquela história de tolerância zero? E eu estou me achando horrível. Às vezes eu penso: Meu Deus! Imagina eu na situação daquela mulher... Eu fico pensando exatamente que uma pessoa nesse momento pode estar tendo uma PCR agora enquanto eu estou aqui “perdendo” o meu tempo atendendo alguém que não tem nada. E isso eu vejo que não é só comigo não...vários profissionais sentem a mesma coisa, médico mesmo...Teve médicos aqui que chegaram a humilhar o paciente... Às vezes eu acho que eu estou me tornando uma pessoa fria, só quero ver desgraça, só quero ver gente morrendo, só quero atender se a pessoa estiver mal (...) (E1).*

Assim, a nossa tentativa é de ultrapassar os modelos de assistência à saúde que absolutizam, substancializam e universalizam as concepções sobre saúde e doença, de modo mecânico, unilateral e instrumental e sim permitir a compreensão das subjetividades das relações, como foi destacada a ética (TEIXEIRA e DAHER, 1999).

Então, o momento que estamos atravessando, é o de superar o antigo modelo biomédico e partir para a compreensão do mundo, onde os trabalhadores e pacientes são valorizados enquanto sujeitos.

### 5.1.3 Treinamento frente às peculiaridades do serviço e o Perfil profissional desejado

O perfil do profissional desejado para o APH do SUS, aos olhos da Educação Permanente enquanto política pública, é um profissional articulado ao mundo social, do trabalho, da cultura e da ciência. Que seja crítico com relação às questões sociais e com condições de agir sobre ela, devendo ter domínio também de compreender e poder atuar com as novas bases técnico-científicas do processo produtivo (FRIGOTTO, 2005).

No entanto, para atuar no ambiente extra-hospitalar, a Portaria MS 2.048, que normatiza a atuação no APH no âmbito do SUS, no capítulo IV, elencou como pré-requisito para os profissionais médicos, enfermeiros e socorristas uma série de atributos que traçam um perfil profissional. Algumas características tais como: equilíbrio emocional e autocontrole; disposição para cumprir ações orientadas, capacidade física e mental para a atividade; iniciativa e facilidade de comunicação; destreza manual e física para trabalhar em unidades móveis; capacidade de trabalhar em equipe e experiência profissional prévia em serviços de saúde, voltados ao atendimento de urgências e emergências, são exigidos deste profissional (BRASIL, 2002).

A referida Portaria faz alusão também a algumas características psíquicas, mencionando que o autocontrole e equilíbrio emocional são fundamentais para agir sob pressão e estresse; pois muitas ações são realizadas em ambientes perigosos, com pouca iluminação ou espaço (VARGAS, 2006).

É difícil recrutar tais habilidades dos profissionais, visto que o processo de inclusão dos profissionais de APH, segundo Vargas (2006) em sua pesquisa sobre a

formação dos enfermeiros recebida durante a graduação em APH, bem como as principais dificuldades encontradas pelos mesmos no início da atuação na área, aponta que geralmente é por indicação de colegas, bem como através de entrevistas e processos seletivos. Esta inquietação ficou evidente no depoimento de M6:

*O processo de inclusão do enfermeiro e do socorrista foi diferente do médico e ninguém nunca perguntou: Você tem habilidade nesta área? E por ser concursada, e já que não tivemos esta opção, penso que seja necessário essa capacitação.*

Percebe-se que para atuar nesse serviço se requer algo mais do que simples qualificação técnica. Controle emocional, espírito de trabalho em equipe, improvisação, despojamento, vibração e condicionamento físico, fazem com que este se torne um terreno arenoso a ser percorrido. Trabalhar em via pública, em contato muito estreito com populares e curiosos, em cenários nem sempre seguros e confortáveis, tornam esse tipo de atendimento um constante desafio para o qual, infelizmente, nem todos se fazem aptos (GOMES, 2007).

*(...) a gente trabalha na rua...tem ambiente mais inadequado que a rua? Tem que ter educação para ter criatividade, aprender a lidar com o imprevisto...Na faculdade não nos ensinam a improvisar (...) (M1).*

*(...) atender lá no topo do morro, onde a ambulância não sobe, é complicadíssimo atender uma PCR por exemplo, é diferente do que você encontra nos livros, a abordagem tem que ser completamente distinta (M2).*

Condicionamento físico, força, resistência muscular, elasticidade e agilidade, além de rusticidade, iniciativa e vigor, são elementos imprescindíveis para aqueles que se dispõem a este tipo de tarefa. Carregar mochilas, pranchas rígidas, transportar e abordar a vítima em local de difícil acesso, atuar sob condições desfavoráveis em pequenos espaços, com baixa luminosidade, etc, exigem, acima de tudo, um certo espírito de “aventura” e desprendimento, além, é claro, de um mínimo estado de condicionamento físico (GOMES, 2007).

Manter-se em forma, neste caso, não se trata apenas de questão de vaidade pessoal, mas condição sem a qual o APH se tornará um martírio. Comumente, vemos

profissionais, com lombalgias, sobretudo por simples falta de preparo físico. E se analisarmos que boa parte dos profissionais da saúde estão com sobrepeso e são sedentários, até pela extenuante carga de trabalho, o problema torna-se mais gritante (GOMES, 2007).

Quanto à educação para esse serviço de atuação dos profissionais da saúde deve contemplar essas particularidades visto que o ambiente pré-hospitalar envolve não apenas habilidades de treinamento e competência no cuidado do paciente, nas diversas circunstâncias e situações, mas também o preparo para enfrentar desafios que não são encontrados na prática hospitalar.

Segundo Vargas (2006) existe pouca atenção das escolas formadoras no que se refere à formação do profissional nessa área, com pouco enfoque em seus currículos; este mesmo autor percebeu em seu estudo, as dificuldades apontadas pelos sujeitos no início da carreira tais como: falta de experiência, as características como espaço, número reduzido de profissionais e o ambiente extra-hospitalar (ambulância). Por outro lado, a experiência prévia em unidades de emergência em ambiente hospitalar parece ser um fator que facilita o desempenho do profissional em APH.

*A educação continuada é importantíssima sim, porém eu penso que deveria ter também um pré-requisito pra se trabalhar num serviço como este, na minha opinião. Qualquer pessoa, principalmente o médico, enfermeiro e o técnico de enfermagem, tinham que ter pelo menos 2 anos de experiência, em pré-hospitalar ou emergência... E isso a gente vê que gera bastante dificuldade, de todas essas partes (...) isso com a educação a gente consegue ir corrigindo aos poucos, mas se já tivesse o pré-requisito, facilitaria muito (M4).*

Atualmente, algumas especialidades como pronto-socorro, unidade de terapia intensiva e trauma favorecem aos profissionais uma base de conhecimentos e habilidades técnicas, que são utilizados na atividade pré-hospitalar. Para o exercício desta atividade é necessário que o profissional disponha de experiência em pronto-socorro, uma vez que no Brasil ainda não se dispõe de especialização *Latu Sensu* específica na área de APH (VARGAS, 2006).

Vargas (2006) destaca em seu estudo que os profissionais da saúde referem a experiência prévia em sala de emergência em pronto socorros, como amenizadores das dificuldades encontradas pelos profissionais no início da carreira.

## **5.2 Processo de trabalho como Educação Permanente**

Iniciamos a abordagem do Processo de Trabalho com uma análise reflexiva identificando uma organização, que se constrói e que se expõe como unidade, que induz a forma pela qual se estrutura o trabalho da saúde em particular. Ela é o conjunto de relações, que ocorrem entre os componentes do sistema de produção e reprodução da saúde e se mostram através de estruturas, as quais são imediatamente coletivas e universais. São nichos ecológicos de ações que os indivíduos criam e dentro dos quais se desenvolvem. Os indivíduos são, assim, agentes de estrutura – agente/trabalhador ou agente/cliente, representantes do coletivo, ou seja, reflexos dessas estruturas. Agem de acordo com a lógica das estruturas, dentro de uma lógica maior que é a do sistema de produção e reprodução da saúde (VAZ; LOUREIRO; CABREIRA e SENA, 2002).

O trabalho em saúde é:

coletivo, realizado por diversos profissionais de saúde e diversos outros grupos trabalhadores que desenvolvem uma série de atividades necessárias para a manutenção da estrutura institucional. Envolve características do trabalho assalariado e da divisão parcelar do trabalho, bem como características do trabalho do tipo artesanal (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004, p.5).

Uma característica distintiva dos serviços é a dificuldade de planejamento, em relação ao custo/benefício, uma vez que muitos desses serviços necessitam estar à disposição da sociedade e há incerteza de quando as necessidades serão demandadas, como é o caso dos serviços de atenção à saúde, dos serviços de proteção e os de consumo em redes comerciais. Isso faz com que o planejamento conte com dados menos precisos do que na produção material. Esses mesmos autores destacam ainda que, diferentemente do setor de produção material industrial, onde os produtos não rentáveis podem deixar de ser fabricados, muitos serviços não podem parar, mesmo

instituições que não são rentáveis economicamente, como é o caso dos serviços de saúde (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004).

Os serviços de APH são sazonais e imprevisíveis. O número de acionamentos pode variar bruscamente de acordo com o período do ano (verão), dos dias da semana (finais de semana e feriado), ou com horas do dia (10h – 24h). A equipe de saúde, que trabalha no SAMU, precisa estar capacitada para atender um leque de situações de desequilíbrio de saúde da população e a capacitação é necessária para um atendimento de qualidade.

Para exercer as atividades de assistência à saúde, os trabalhadores precisam de treinamento sistemático longo, o que estimula a especialização, cujo desenvolvimento precisa ocorrer nos serviços de saúde institucionalizados, onde acontece a organização do funcionamento e o processo de produção. O trabalho em saúde é essencial para a vida humana e se completa no ato de sua realização: o produto é indissociável do processo que o produz, é a própria realização da atividade. Rotineiramente, as atividades são desenvolvidas baseadas na identificação de problemas, na decisão sobre o tratamento, na realização de cuidados ou de procedimentos e na avaliação dos resultados. Nesse sentido, o processo de trabalho em saúde tem como finalidade a ação terapêutica de saúde, como objeto o indivíduo/ família/ comunidade, necessitando de medidas curativas de preservação da saúde e de prevenção de doenças, como instrumento de trabalho a conduta que representa o nível técnico do conhecimento, que é o saber de saúde e como produto final à prestação da assistência de saúde, produzida no mesmo momento que é consumida (PIRES, 1998).

O SAMU, como parte do Estado e como gestor na atenção às urgências da população, desenvolve o seu processo de trabalho com profissionais médicos, enfermeiros e socorristas que prestam assistência a partir do conhecimento individualizado, onde não é proporcionado aos mesmos treinamentos técnicos contínuos e sistematizados, nem tão pouco ético-políticos. Segundo Frigotto (2005, p.60), o treinamento “não é, primeiro e, sobretudo, uma técnica didática ou metodológica no processo de aprendizagem, mas um princípio ético-político”. Dessa maneira, o processo de trabalho é conflituoso, requerendo discussões constantes sobre a realidade para a diminuição da problemática vivenciada.

*A gente vai estudar primeiro o que se refere a nossa especialidade, na sobra de tempo que a gente vai ler outras coisas (M9).*

O processo de construção da subjetividade se dá dentro do próprio sistema de produção e reprodução de relações de trabalho em saúde, no interior dessa construção de ações, que por sua vez incide na subjetividade do indivíduo. O processo de construção da subjetividade é compreendido como a construção simultânea de intersubjetividades possíveis, que ocorrem em atividades coletivas, no qual o sujeito vai construir, a partir de seu sincretismo na vida em relações, seu espaço próprio de viver. E é neste espaço que se objetiva o coletivo ou o social (VAZ; LOUREIRO; CABREIRA; SENA, 2002).

A subjetividade e a autonomia de cada sujeito, quando desenvolvidas no trabalho, não podem ser replicadas neste espaço sem incluir os demais sujeitos do trabalho, que traz para si uma exigência que reflete sua existência, pois é a própria vida condensada num único espaço, o ambiente do trabalho. Assumindo esta forma de compreender o sujeito do trabalho, identificamos uma condição humana de seres dotados de unidade, como sistemas autônomos, que apesar de seus desejos necessitam trabalhar num coletivo, com a finalidade de melhorar a assistência à saúde.

O SAMU, por estabelecer em suas portarias o NEU, dissertado no capítulo 2, propõe via Ministério da Saúde um investimento educativo aos profissionais das urgências e emergências, contemplando alguns princípios da Educação Permanente. Porém, na prática vemos o descontentamento profissional pela inexistência de tal formação, bem como aos custos de cursos técnicos disponíveis no mercado.

*(...) você paga R\$1000,00 para realizar um curso de ATLS, mil e tanto para fazer outro, se você tem que viajar para ir a um congresso, sai do seu bolso, isso desestimula o profissional (...) (M2).*

*(...) cada curso desses é quase o nosso salário, não tem como a gente trabalhar o mês inteiro só para pagar o curso, e a gente vai comer o que? (E1).*

*Para a educação continuada, educação permanente, você tem que pensar que vai existir um custo... a gente tem que ter quem nos ampare, quem nos fomenta isso, e o Estado enquanto gestor do SAMU está sendo omissa quanto a essa questão (...) (M2).*

*(...) o estado precisa entender que pra manter o serviço, é preciso um gasto muito maior que pra implantá-lo (M3).*



Um país subdesenvolvido, com recursos orçamentários deficientes, deve ter como prioridade o investimento em educação para uma perspectiva de melhora da qualidade de vida da população; destaca-se nesse caso a saúde, e o SUS como ferramenta para mudança, não só em nível de escolas, mas também da saúde, pois o trabalho se constitui em direito e dever e engendra um princípio formativo e educativo (FRIGOTTO, 2005, p.60).

Mas educação pura e simplesmente não vai salvar a sociedade, porque ela não pode direcionar a vida social, pode sim, adquirir outro sentido, de mediação na transformação da sociedade atual, essa concepção poderá sinalizar alguns dos caminhos possíveis, outras formas de agir, caracterizando o aspecto político nas relações dentre outros (CORRÊA, 2005).

Pires, em 1998, observou que as instituições não promovem reflexões sobre o processo de trabalho em saúde, não trabalham com planejamento e não tem como prática a participação no pensar e organizar o trabalho. O que podemos observar, atualmente, é que essa constatação ainda persiste. O reforço está na capacitação técnica, reforçando a especialização do conhecimento que gera fragmentação e alienação. Ainda para esta autora os conhecimentos em saúde, por sua especificidade e complexidade, são inacessíveis ao conjunto da população e a sociedade não dispõe de mecanismos de controle sobre o funcionamento das entidades assistenciais. As regras, normas e rotinas destas instituições promovem o distanciamento dos trabalhadores das características humanas do seu objeto de trabalho e ajudam a perpetuar o papel de paciente, das pessoas que procuram os serviços prestados pelas instituições de saúde.

*Porque até hoje, depois de um ano de funcionamento do SAMU, a população ainda não sabe, não tem noção exata de qual o papel do SAMU. O governo faz muita propaganda na televisão da descentralização, das obras asfálticas, mas o governo não faz propaganda educativa, pra explicar pra que serve o SAMU, então as pessoas ligam pra cá com conjuntivite, com unha encravada, com bicho-de-pé que está coçando às 3 horas da manhã, e querem o atendimento do SAMU, e você ouve desaforo ali e no dia seguinte sai no jornal e é a cara do SAMU que fica suja por conta disso, os profissionais são queimados pela sociedade em função disso (M2).*

Nessa mesma linha de raciocínio, Ribeiro; Pires; Blank (2004), ao analisarem novos processos de gestão, como os da qualidade total e o enfoque estratégico de planejamento, surgidos como respostas à crise de governabilidade do sistema e das organizações de saúde, enfatizam que é preciso ir adiante a fim de ultrapassar concepções também limitantes, presentes nestes enfoques. Reforçam ainda que, deve-se superar concepções do indivíduo como criatura meramente funcional, não considerado sujeito político e pessoa singular, provido de crenças, valores, desejos e emoções, no caso da gestão da qualidade total. Com relação ao enfoque estratégico, é necessário superar a ênfase na racionalidade político-estratégica, que ignora uma subjetividade mais ampla, focando a racional.

Isso é uma vivência comum aos profissionais do SAMU, que ficou evidenciada na fala abaixo.

*Tu vê os contratos dos médicos, não tem vínculo, aquela coisa.., local insalubre, não estimulam você a estudar, qual é a tendência? A cada ano, 20-30% dos médicos vão saindo e vão entrando novos profissionais, Não se tem aquele estímulo de manter aquele profissional que ficou o ano todo, treinou e pegou experiência...se você pega outra coisa melhor, você larga logo esse aqui... Aí o serviço vai ter aquela característica de entrar sempre quem é residente, como um bico, ele fica aqui um tempo e sai fora (...) é um emprego temporário (M3).*

Pires (1998, p.161) aborda os instrumentos de trabalho dos trabalhadores em saúde identificando-os como “os instrumentos e as condutas que representam o nível técnico do conhecimento que é o saber de saúde”, entendendo estes como importantes suportes para permitir ou facilitar determinada ação, que não seria possível sem meios materiais que funcionam como extensões do corpo e da mente humana. A percepção equivocada, quanto aos objetivos de uso destes instrumentos de trabalho, contribui, muitas vezes, para que a sua utilização seja de forma alienada e não consciente, impedindo a criatividade que impulsiona a emancipação.

Tendo em vista a necessidade deste saber específico em saúde, existe uma prioridade do conhecimento científico a ser capacitado, expresso pelos trabalhadores nas falas.

*A educação continuada aqui tem que existir, porque as universidades agora é que estão pensando em criar cursos de urgência, porque cada um de nós tem a sua especialidade, e é isso que limita um pouco também (M7).*

*A educação no serviço é importante porque a gente não fica estudando pediatria em casa, a gente não sabe nem por onde começar, se tivesse um profissional que nos estimulasse no nosso local de trabalho, uma vez por semana ou uma vez por mês...(M8).*

*Existem situações adversas, por exemplo naquele paciente com taquiarritmia, a teoria diz para fazer adenosina, mas cadê a veia? O paciente não tinha acesso de jeito nenhum...aí o nosso colega cardiologista diz que poderia ter cardiovertido. Pra ele é fácil, cardiologista, mas eu não tenho tanta segurança (M7).*

Acrescenta-se, ainda, a angústia dos trabalhadores relacionada ao ambiente de trabalho e às condições de Educação no serviço.

*(...) a prova disso são as péssimas instalações para você ficar, não é climatizado, já começa por aqui...os ratos se enrolando nas suas pernas...(M2).*

*Mas aquela história de dar um jeitinho não sei até que ponto vai se sustentar, fazer um curso e pagar do próprio bolso porque acha importante tal conhecimento, improvisar a falta de material, enjambrar coisas, faz com que todo mundo saia na primeira oportunidade. Os profissionais daqui estão na maioria na corda bamba, assim que aparecer coisa melhor, ou que acontece algo intolerável pela concepção de cada um, estão saindo fora, dessa maneira, a equipe vai ficando cada vez mais heterogênea (M3).*

Tais acontecimentos podem estar relacionados, muitas vezes, às situações econômicas, administrativas, políticas e até mesmo de postura dos profissionais de saúde, que não reivindicam melhorias, e não desenvolvem ações pró-ativas tais como programas de segurança no trabalho, educação permanente e, conseqüentemente, assumem uma postura de alienação e acomodação.

Leopardi (1999b) ressalta a necessidade de buscar instrumentos que permitam compreender e apreender o processo de trabalho, como facilitador da desalienação através do conhecimento, da estratégia de trabalho e da operacionalização de técnicas. Esta escolha constitui matéria política e ética, pois o cuidado não aparece sob forma material separado do consumidor, e assim surge como nova postura e modo de ver a vida, resgatando o indivíduo político e ético que vive no trabalhador da saúde.

No entanto, para suavizar essa problemática quanto à formação profissional em APH, necessita-se de mudança, tanto no campo das práticas de saúde como no campo da formação profissional. Segundo Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 01) a articulação da Educação Permanente com a gestão do sistema, sendo tomada como estratégia de gestão, é importante para que se ofereçam propostas de transformação das práticas profissionais baseando-se na reflexão crítica sobre o trabalho em saúde, permitindo, assim, que o cotidiano das relações da organização de gestão setorial e estruturação do cuidado à saúde se incorporem ao aprender e ao ensinar, formando profissionais para a área da saúde em consonância com o SUS. Estes mesmos autores, afirmam que “a formação dos profissionais de saúde tem permanecido alheia à organização da gestão setorial e ao debate crítico sobre sistemas de estruturação do cuidado”.

Em síntese, observa-se que as relações entre profissionais e serviços estão prejudicadas por condições de trabalho nem sempre adequadas, problemas de capacitação profissional, baixa remuneração, e de relacionamento conflituoso, que podem decorrer de limitações impostas à sua prática pelas políticas de contenção de custos, pelo modo como os serviços estão estruturados e concepções dos profissionais acerca do seu papel e dos demais, com repercussões na acessibilidade aos serviços e no atendimento igualitário e integral dos usuários (MENDES e CALDAS Jr., 2001).

Neste sentido, ao discutirmos o Processo de Trabalho no SAMU, foi possível destacar subcategorias, onde o grupo entende e inclui no Processo de Trabalho o Trabalho em Equipe, os Direitos e Deveres do Trabalhador e a Educação para a saúde, que serão analisadas a seguir.

#### 5.2.1 Trabalho em equipe

Trabalhos em equipe de modo integrado significam conectar diferentes processos de trabalhos envolvidos, com base em certo conhecimento acerca do trabalho do outro e valorizando a participação deste na produção de cuidados; é construir consensos quanto aos objetivos e resultados a serem alcançados pelo conjunto dos profissionais, bem como quanto à maneira mais adequada de atingi-los (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004). Estes autores dizem ainda que é necessário

utilizar-se da interação entre os agentes envolvidos, com a busca do entendimento e do reconhecimento recíproco de autoridades e saberes e da autonomia técnica.

A abordagem interdisciplinar nos leva como ponto de partida, a uma discussão a respeito do termo interdisciplinaridade, tão comumente usado no nosso meio. Podemos até dizer que o termo está na “moda” e é facilmente confundido com trabalho em equipe ou em grupo, tanto na pesquisa como na resolução de um problema prático. (MEIRELLES; ERDMANN, 2005).

Vários termos próximos – pluri, multi, inter, transdisciplinaridade – trazem a idéia de soma, de cooperação, de integração entre várias disciplinas. Mas enquanto pluri e multi referem-se a duas ou mais disciplinas que se relacionam ao olhar um mesmo objeto de vários ângulos, inter e trans implicam uma articulação, uma interpretação dessas disciplinas. Na multi e na pluridisciplinaridade há associação de disciplinas com um objetivo comum, sem que cada uma tenha que modificar significativamente sua maneira de compreender as coisas. Assim, a pluridisciplinaridade sempre existiu, pois os estudos e as práticas dependem de vários saberes. A interdisciplinaridade, no entanto, exige comunicação; implica superar os termos especializados, fechados, dando origem a uma linguagem única para expressar os conceitos e as contribuições das várias disciplinas, o que vai possibilitar a compreensão e os intercâmbios (ROCHA, 2005).

É possível afirmar que no SAMU a interdisciplinaridade ainda é uma utopia, porém a proposta de Educação Permanente a contempla, e é uma ansiedade do serviço a partir das falas.

*(...) a qualidade do profissional que está junto contigo interfere, a experiência prévia, por exemplo; quando se vai atender criança, eu não tenho experiência com criança, quando pegamos uma profissional com essa experiência facilita (M9).*

*(...) a responsabilidade do médico é maior que a da enfermeira (E1).*

*(...) a enfermeira é o grosso do trabalho braçal, que é mais exigido, embora o socorrista e o médico atuem (M8).*

Pires (2000, p. 91) defende a posição de que,

é preciso pensar formas de organização do trabalho que tenham um impacto na qualidade da assistência e, ao mesmo tempo, considerem a possibilidade da realização de um trabalho interdisciplinar, criativo e integrador da riqueza da diversidade de formação dos profissionais da saúde. Um trabalho que possibilite a satisfação pessoal e a integração do potencial humano do trabalhador, com vistas a superar a realidade majoritária do *lôcus* do trabalho com a deformidade.

Foi realizada uma oficina específica para tratar do tema, identificado pelos próprios participantes, na qual utilizamos como estratégia mobilizadora a “dinâmica das máscaras”. A partir do referencial teórico desta pesquisa, e das falas dos profissionais do SAMU, no decorrer das oficinas que discutiram o trabalho em equipe, envolvendo as categorias profissionais, permitiu-se um espaço para a observação da realidade, ação e reflexão, questionamentos críticos, interação com colegas e sistematização de saberes, conforme representado na figura 3.

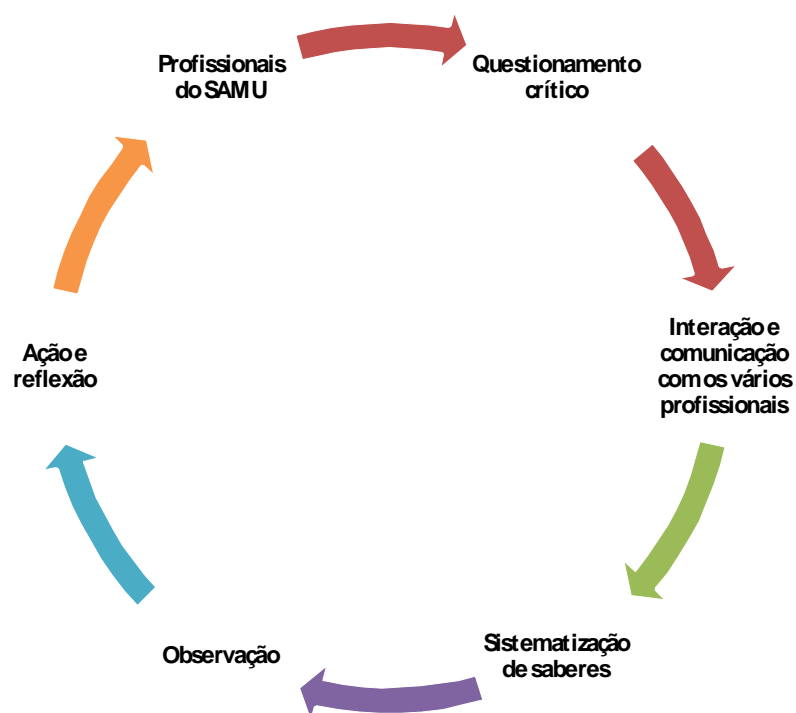


Figura 3: Dinâmica das oficinas

A realidade do processo de trabalho em saúde permite identificar que a equipe multiprofissional e os agentes possuem autoridades desiguais, a tensão surge do embate entre a complementaridade e interdependência e busca da ampliação da autonomia técnica dos profissionais. Todavia, o requerido para a eficácia e eficiência dos serviços seria a autonomia técnica aliada à articulação de ações (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004).

A utilização do lúdico, a partir da troca das máscaras, possibilitou o despertar, dos sentimentos de influência e antagonismo, dominação e subordinação, positivities e negatividades, traições e confiança, condutas éticas e morais, a relação entre o singular e plural, dentre outros (SANTOS; PADILHA, 1998). Esta oficina trouxe a tona expressões de situações que são vividas em silêncio pelos profissionais, favoreceu o conhecimento de si e dos outros com mais qualidade, propiciou o discernimento do seu lugar na instituição e estimulou reivindicação de maior espaço para a discussão através de práticas construtivas e criativas.



Figura 4: Máscaras pintadas pelos diferentes profissionais, durante a oficina.

Os avanços científicos do último século têm determinado importantes mudanças nas relações do homem com a natureza, bem como na organização social e espacial da humanidade. Estes avanços (pensamento racional e experiência empírica *versus* valores subjetivos como emoção e sensibilidade) influenciam nos serviços de saúde

quanto à sua organização e quanto às relações interpessoais (PRADO; MARTINS, 2002).

A interdisciplinaridade vem ao encontro da Política Nacional de Educação Permanente, porém a mesma é uma construção conflitiva, que interfere nas formas de organização do trabalho, superando atuações isoladas e buscando o caráter coletivo. Isso pode alterar alguns pressupostos, presentes no processo de globalização, como o individualismo e a competitividade (COCCO e BAGNATO, 1999).

Essa relação com os sujeitos tende a se modificar quando eles percebem as vantagens do social em detrimento do individual, e isso somente pode ser aprendido através da problematização na interdisciplinaridade. Mesmo porque, na atualidade, a produção do conhecimento e das técnicas nas diferentes áreas é extensa, mais especificamente na saúde, onde a finalidade do processo de trabalho resulta em uma ação coletiva sendo, portanto, inviável para um único profissional dar conta desta complexidade.

No entanto, pensar o trabalho em equipe significa pensar o cuidado centrado no paciente e suas necessidades e não nas categorias profissionais, pois a diversidade de situações exige respostas imediatas, sob pena de colocar em risco a vida do cliente. Assim, a integração de diferentes categorias profissionais e ramos de conhecimento, em torno de um objetivo comum, tornam-se fundamentais para que a assistência ao cliente seja oportuna e livre de riscos (ALVES, RAMOS e PENNA, 2005, p. 324).

Estes mesmos autores reforçam o pensamento, afirmando que o modelo biomédico vigente reforça as especialidades e a centralidade do ato médico (diagnóstico e prescrição terapêutica médica), sendo determinante do modelo de atenção prestado por todos. Isso induz à supervalorização do médico em detrimento das demais profissões e pouca valorização e integração de outras categorias profissionais, sempre marginais ou secundárias à ação médica. Outro fator também é o cultural, onde a população valoriza mais a atenção do médico, mesmo que a atuação de outro profissional seja mais oportuna.

Esta constatação se observa a partir do seguinte depoimento:

*(...) na posição de médico eu sou o capitão do barco, e se o capitão perder a calma, o barco afunda,.não que eu seja mais ou menos importante, o capitão é a posição de comando, cada função tem a sua importância, e é um ser*



*humano, e se eu não mantiver a calma...piora (M8).*

Alves, Ramos e Penna (2005, p324) sobre a interdisciplinaridade dizem que:

Profissionais formados de forma fragmentada, para atuar em seus nichos específicos se debatem no atendimento das urgências e emergências, em um exercício permanente de articulação de saberes e busca de reciprocidade e respeito para chegar a melhores resultados ou, simplesmente, para se desgastarem menos. O que se observa, no entanto, é a justaposição de conteúdos adquiridos no processo de formação, quando o que está implícito é a necessidade de uma nova postura diante do conhecimento, uma mudança de atitude em busca de uma relativa unidade de pensamento e ação. Não é raro haver confusão entre relações pessoais amistosas e relações profissionais voltadas para um trabalho em equipe, além de distanciamento das necessidades do cliente.

A vida cotidiana bem como a práxis implicam em diálogo, troca de conhecimento, análise e métodos entre duas ou mais disciplinas, ou seja, na reflexão da prática de uma forma coletiva. A interação entre os profissionais e gestores do serviço é fundamental para que ocorra junto à Educação Permanente. A interdisciplinaridade vem como resposta à diversidade, à complexidade e à dinâmica do mundo atual, que as ciências isoladas não conseguem explicar ou dar soluções. Então, a partir da problematização, do diálogo ou de outras metodologias alternativas é possível atuar frente à diversidade, à complexidade e à dinâmica do mundo da saúde atual. Os sujeitos envolvidos no estudo mostraram-se interessados e estimulados com as discussões geradas nas oficinas.

*Nós temos que nos agregar, não adianta ficar cada um no seu canto, já que o serviço está integrado, tem que trabalhar junto (M4).*

*A gente tem que funcionar como uma unidade, todos os profissionais exigirem juntos as mesmas coisas...se a gente que está num serviço novinho se acomodar já, daqui há 10 anos a gente está sucateado, ou nem chegue tanto (M6).*

*Há falta de entrosamento no trabalho das equipes, o ideal é que fossem as mesmas equipes e que fossem fixas por unidade (E1).*

*Eu acho que aqui, cada um de nós pode ajudar, tem cada médico, enfermeiro bom que pode nos dar uma aula, acho que todo mundo aqui sabe bem alguma área e poderia estar ensinando, orientando melhor os colegas, dentro do próprio plantão, por exemplo, rever um caso, fazer uma reavaliação do atendimento, discussão de casos (E1).*

*Muitas coisas ainda podemos melhorar, mas tem que ter trabalho, tem que*

*ter conjunto, essa forma de tu trabalhar conosco também vai ajudar bastante, surgindo novas idéias, tem que colocar em prática, eu acho que vai dar certo, que vai engrenar (S2).*

Uma das dimensões das práticas em saúde é a integralidade, neste sentido é necessário reforçar que “para se ter uma prática integral, há que se pensar nas relações que se estabelecem entre os profissionais e os usuários e entre os próprios profissionais, buscando para tal prática integral, suplantando as relações conflituosas, de poder, para uma prática pautada na interdisciplinaridade”, tendendo a uma horizontalização das relações (REIBNITZ; PRADO; GELBCKE, 2005, p.4).

Os profissionais do SAMU das USAs se relacionam com outros profissionais de diversos setores (CBM, PRF, USB, profissionais dos hospitais), com a população e entre eles próprios. A complexidade das relações humanas é grande, no entanto o trabalho poderá ser mais harmonioso, se as questões que foram abordadas nos grupos, forem discutidas e problematizadas, diminuindo os conflitos do processo de trabalho das equipes.

*(...) o resultado é tu poder agir, poder intervir na hora crítica, no momento certo...era ter pego o paciente mais grave que o Águia<sup>3</sup> levou para o hospital, por exemplo (M9).*

*(...) Às vezes o que não é grave é o que mais consome o profissional, no final do dia eu representei aqui olheira, cansaço, irritação, sem paciência, cuidando a hora para ir embora (M7).*

*As equipes são muito heterogêneas têm pessoas que continuam no SAMU e continuam com dificuldade, e o sistema, o gestor, o administrador não chamou esse profissional e falou que gostaria que ele fizesse um treinamento em tal hospital para aprender (M2).*

*As básicas (USBs) foram treinadas de uma maneira muito errônea, não deveriam ficar acompanhando as USAs, deveriam ficar dentro de uma emergência 12 horas vivenciando as práticas sob supervisão de uma enfermeira. Isso gera um problema, porque muitas vezes a gente tem que encaminhar o paciente para o hospital sem necessidade porque o atendimento da básica foi insuficiente, seja por técnicas, avaliação, ou ansiedade, fazendo uma imagem extremamente ruim do SAMU frente aos profissionais do hospital (M4).*

---

3 Helicóptero da Polícia Militar que realiza APH de SBV.

As relações multiprofissionais existentes no SAMU, e em diversos serviços de saúde, geram angústia e ansiedade nos profissionais, que não sabem como agir diante de situações que jamais foram vivenciadas ou orientadas. Segundo Frigotto (2005, p.77) “não se superam as desigualdades no âmbito educativo e cultural sem, concomitantemente, superar a materialidade de relações sociais que as produzem”. Muitos conflitos podem ser discutidos previamente ao caos e à problematização, sendo um meio para os sujeitos se articularem em prol do serviço e da população e a interdisciplinaridade precisa ser a meta a ser alcançada.

Para Meirelles e Erdmann (1999, p.157) “a prática da interdisciplinaridade levará a uma interdependência entre as disciplinas e/ou entre os membros da equipe, em virtude da complexidade do comportamento humano e das exigências para a abordagem total das situações que lhe forem apresentadas”.

Na área da saúde, há de se ressaltar, ainda, a importância da comunicação e da negociação na construção de um projeto democrático, suplantando a dicotomia autonomia versus controle e poder, com relações mais fecundas entre trabalhadores, gerentes, usuários. As relações mais democráticas permitem a manifestação da subjetividade, do sonho, da concreticidade, da autonomia com responsabilidade e liberdade (REIBNITZ, PRADO, GELBCKE, 2005, p.5).

O fato do SAMU ser um serviço público e pactuado com as três esferas de governo, as relações ficam dificultadas no âmbito da gestão, visto que por questões políticas, alguns profissionais de outras áreas, que não da saúde, assumem cargos comissionados neste setor, estão transitoriamente no poder, algumas vezes não estão articulados com o serviço, alguns não assumem suas responsabilidades enquanto gestores (município/estado) são, frequentemente, substituídos e não dispõem à educação permanente o seu devido incentivo ou então, a “realizam” conforme seus saberes, não considerando a Política Nacional vigente.

*Temos gestores diferentes pro mesmo serviço (E2).  
Eu tenho uma opinião formada de que a partir do momento que o gestor passa a atuar na ponta, ele passa a perceber o problema. Se o secretário da Saúde passasse um dia aqui no SAMU, ele ia identificar 90% dos nossos problemas. Na hora que você sente na pele, você cria mecanismos pra melhora (M6).*

Compreendendo-se que o trabalho em saúde é eminentemente relacional, não podendo ser expresso a partir dos equipamentos ou nos outros saberes estruturados das tecnologias organizacionais, entende-se que seu objeto não é plenamente estruturado, e suas tecnologias de ação configuram-se no ato em que se desenvolve, operando como tecnologias de relações com encontro de subjetividades, para além de saberes tecnológicos estruturados, comportando um certo grau de liberdade significativa, ou seja, de governabilidade na escolha do modo de fazer essa produção (TAVAREZ, 2005).

Por conseguinte, é a partir da problematização do processo de trabalho, que é próprio em cada serviço de saúde, que são identificadas as necessidades de qualificação, garantindo a aplicabilidade e a relevância da educação em serviço. Esta programação não se constitui somente a partir de uma lista de necessidades individuais, nem das prioridades apontadas pela gestão, mas prioritariamente a partir da realidade dos processos de trabalho, dos problemas da organização deste trabalho, considerando a solidariedade intersetorial, a produção de saúde com humanização e integralidade (CECCIM e FEUERWERKER, 2004).

### 5.2.2 Direitos e deveres do trabalhador

O aspecto a ser analisado, tratando dos Direitos e Deveres do Trabalhador, vem trazer a tona os vários problemas e desafios a serem enfrentados pelos trabalhadores do SAMU, sendo que destacamos nesta subcategoria aqueles que se mostraram mais relevantes nas oficinas.

Para tanto, inicialmente retomamos a Constituição Federal de 1988 que instituiu o Sistema Único de Saúde. O tripé formado pela descentralização, participação social e atendimento integral constituem a base de sustentação do SUS, e para isso, criam-se leis, decretos e portarias.

Para atender essas prerrogativas, foram instituídas: a Lei Orgânica da Saúde nº 8080/90 (BRASIL, 1990), que determina as diretrizes de atuação do SUS destacando as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, e para a organização e funcionamento dos serviços, além de participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde; a Lei nº

8142/90, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS (Conferências de Saúde; Conselhos de Saúde) e sobre a transferência de recursos financeiros para os setores da área da saúde; a Lei nº 8212/91, que dispõe sobre a organização da Seguridade Social, e os decretos de regulamentação desta; a NOB/01/93, que dispõe sobre a descentralização da gestão dos serviços e ações no âmbito do SUS, implantando a Municipalização; a NOB-96, que apresenta as modalidades de gestão e custeio das ações e serviços de saúde; além de outras legislações específicas para a saúde dando sustentação legal ao modelo implementado.

As regulamentações sobre a saúde do trabalhador são previstas na NOB-SUS 01/96 que a incluem como campo de atuação da atenção à saúde; a Instrução Normativa nº 01/97 e a Portaria nº 3120/98 do Ministério da Saúde, que orientam as ações e serviços de saúde do trabalhador no SUS. A partir destas legislações, são instituídos os Programas de Saúde do trabalhador e os Centros de Referência em Saúde dos Trabalhadores (GELBCKE, 2002).

O que se percebe nos últimos anos, segundo Schraiber et al. (1999, p. 239) é que “há a tendência de se adotar políticas que passem tanto a desproteger o trabalho e o trabalhador, quanto, no caso da saúde, a regular diretamente o produtor direto dos cuidados, interferindo imediatamente em seus processos de trabalho”.

Também nesta perspectiva, existe uma descontextualização da relação saúde/trabalho, já que os “agentes/risco são assumidos como peculiaridades ‘naturalizadas’ de objetos e meios de trabalho” (GOMES; COSTA, 1997, p.23).

*Cada um tem a sua tolerância, a hora que vai acontecendo as coisas as pessoas começam a ficar com receio, nós somos autônomos, e se acontece alguma coisa? Eu e o M4 somos cirurgiões, se um de nós quebra um braço num acidente e daí? Nós estamos assumindo esse risco diariamente (M3). Eu ainda não parei pra pensar a respeito...às vezes acho melhor não pensar...fico pensando que a ambulância é do bem, que nada vai acontecer, fico fantasiando, mas que é perigoso é, e um dia pode acontecer alguma coisa(E1).*

O profissional que atua no APH fica exposto a muitos riscos ocupacionais, em função do trabalho. O número reduzido de pessoal, as más condições do ambiente de

trabalho e a baixa remuneração contribuem para o desgaste e comprometimento da saúde do trabalhador.

*E o improviso também me cansa, tem que puxar uma extensão para carregar os equipamentos na USA, baixar a calibragem dos pneus porque a suspensão estourou e a enfermeira tá quase vomitando lá atrás (...) são coisas que não deveriam acontecer se fosse feito manutenção preventiva (S1).*

*Não adianta você ter um ótimo condutor e não ter a manutenção preventiva, a ambulância com pneu careca, sem freio, etc. (M2).*

*O nosso lugar de trabalho é monstruoso, se você quiser estudar, vai estudar onde? No teu quarto, sentado na cama? Com a descarga das ambulâncias na tua cara, nós temos um local insalubre para se trabalhar quanto mais para estudar, um ponto de terminal de computador cheio de vírus (...) (M3).*

Disponibilizar equipamentos para uso do profissional e ambiente propício para estudo, a segurança no trabalho garantida com manutenções constantes nas viaturas, visto que é o meio de trabalho desses profissionais, são aspectos importantes que influenciam na saúde do trabalhador.

A Medicina do Trabalho, tal como é concebida hoje, surgiu no século XIX e predomina uma visão eminentemente biológica e individual, restrita ao espaço do ambiente de trabalho e que busca as causas das doenças e acidentes de trabalho (GELBCKE, 2002). Limita-se a assegurar a saúde do trabalhador, com intervenções pontuais sobre os riscos mais evidentes do processo de trabalho. As intervenções centram-se na utilização de equipamentos de proteção individual a partir de normas regulamentadoras, que determinam formas de trabalhar consideradas seguras, bem como outras legislações como a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), na qual está expressa a obrigatoriedade de equipes técnicas multidisciplinares nos locais de trabalho, além do estabelecimento da adoção de “limites de tolerância”, quanto aos riscos ambientais (GOMEZ; COSTA, 1997).

A Medicina do Trabalho progrediu para Saúde Ocupacional após a II Guerra Mundial, evoluindo para multidisciplinaridade em várias empresas com a composição de equipes multiprofissionais, passando a considerar o ambiente de trabalho também como provocador de doenças, para além do corpo do trabalhador. Reconhece a teoria da multicausalidade, em que um conjunto de fatores de risco estão relacionados ao

aparecimento das doenças, adotando o referencial de Leavell e Clark (GELBCKE, 2002).

No SAMU não existe um profissional específico para cuidar do trabalhador no serviço, todos ficam sob responsabilidade do médico da SES, que executa a medicina do trabalho sem conhecer realmente as condições de trabalho de seus sujeitos; nesse sentido, executa-se retrogradamente a Medicina do Trabalho, sem evoluir para um olhar multidisciplinar nem tão pouco multicausal nos dias atuais.

As queixas de saúde dos trabalhadores são pouco apreendidas pelos serviços médicos das instituições de saúde porque, muitas vezes, dizem respeito aos efeitos psicológicos sofridos pelos mesmos. Os profissionais acabam excedendo os seus limites, num trabalho que se torna tão estressante, que não os permite recuperarem-se ao estado inicial, assim sendo essa mudança interfere nas práticas profissionais e na vida pessoal do trabalhador (ASSUNÇÃO, 2003).

Percebe-se uma exaustão dos profissionais médicos ao realizarem atividades de regulação médica e de APH, bem como da equipe de enfermagem, que além do APH têm que se preocupar com o expurgo, limpeza da unidade, limpeza e esterilização dos materiais, pedidos de almoxarifado, entre outros.

*Aqui as enfermeiras fazem, pensam, agem, ... aqui se trabalha...tem que ter atenção e cuidado dobrado, a técnica não muda, mas as condições de se fazer o mesmo mudam (M8).*

*Na verdade tanto na USA quanto na regulação, no início do dia é agradável, está tudo bem, está tudo certo, mas o nosso trabalho é tão estressante, tanto na regulação quanto na USA, que eu considero até a regulação mais estressante que a USA, apesar de gostar de fazer as duas coisas, mas a regulação não tem parada, o telefone toca o tempo todo (M7).*

Segundo Gelbcke (2002), com o surgimento da saúde ocupacional a responsabilidade que era apenas do médico na Medicina do Trabalho, passa a ser responsabilidade exclusiva do trabalhador que precisa se ater perante os riscos do trabalho e reivindicar condições de minimização, ou anulação dos mesmos.

Pensar em saúde do trabalhador, também nos leva a pensar nos problemas de saúde vivenciados pelos trabalhadores do setor saúde. Entre os problemas destacamos as perdas auditivas e o estresse em setores que usam equipamentos de tecnologia de

ponta e que produzem ruídos contínuos e em níveis que causam danos ao ouvido humano, as lesões por esforços repetitivos, as precárias condições de trabalho, os baixos salários, a sobrecarga de trabalho, a falta de valorização profissional e a grande responsabilidade em cuidar de pessoas em situações de risco de vida, bem como o estresse e problemas emocionais decorrentes de jornadas excessivas de trabalho (duplo e triplo emprego; agravado pela jornada doméstica das mulheres casadas e com filhos), muito há de se pensar em relação à saúde do trabalhador da área da saúde (PIRES; GELBCKE, 2001).

Amplia-se, desta forma, a explicação sobre o processo saúde-doença dos trabalhadores, através de estudo do processo de trabalho, resgatando os aspectos subjetivos, valores e crenças. Perde importância e significado o vínculo causal entre doença/agente específico e ou grupo de fatores de risco, presentes no ambiente de trabalho (GELBCKE, 2002).

A concepção ampla de ‘saúde do trabalhador’ é um avanço que não pode ser desconsiderado por parte dos gestores do serviço de saúde, não só por ampliar o entendimento dos aspectos que determinam o processo de adoecer e morrer dos trabalhadores, tendo como fundamento o processo de trabalho, mas principalmente por resgatar a multidimensionalidade do sujeito trabalhador e da determinação social do processo saúde-doença (GELBCKE, 2002).

Sobre a subjetividade das doenças, destaco o estresse do profissional de APH. Pessoas comuns, quando se deparam com um incêndio, um acidente ou um tiroteio, têm o reflexo de fuga com sintomas de taquicardia, medo, taquipnéia, dentre outros. Os profissionais da área, têm que ir contra o fisiológico, o mecanismo natural, e nesse momento começa um desgaste muito maior do corpo, que se prepara para o estresse numa situação que exige fuga. O profissional precisa aprender a gerenciar tudo isso e o corpo gasta muita energia para se adequar às situações. Se esse profissional não for bem orientado, alterações como: problemas cardíacos, respiratórios, de pele, gastrintestinais, além dos emocionais podem repercutir negativamente na saúde do trabalhador (BARCELLOS, 2006).

*O trabalho é cansativo, estressante e requer habilidades mentais, físicas entre outras... (M8).*



*A gente tem medo de ir num atendimento e não voltar (M1).*

Na prática do APH, várias atividades exigem determinadas posturas corporais que repercutem no sistema músculo-esquelético e até na saúde mental, interferindo assim, no processo de saúde e no desempenho profissional. Os profissionais do SAMU não são fortalecidos emocionalmente dentro do serviço. Estudos demonstram que a maioria dos integrantes das equipes de emergência, dentro de uma visão globalizada, carrega consigo as marcas de suas experiências, as quais afetam a sua saúde emocional, física, social e cognitiva e espiritual (RIBEIRO, 2007).

*Mas até hoje eu me lembro daquele paciente X, daquele baleado Y, daquele motoqueiro Z, e isso ainda mexe comigo, há vinte anos eu vejo isso e não esqueço (S1).*

Negar os fatos e abandoná-los à própria sorte, como o fazem algumas organizações, por desconhecimento ou negligência, pode ser considerado um ato desumano e até mesmo criminoso, por não reconhecerem que os profissionais de emergência precisam deste cuidado. Segundo Ribeiro (2007), as consequências podem vir de imediato ou, num breve espaço de tempo, uma vez que o transtorno do estresse pós-traumático é uma “doença”, cujos sintomas podem surgir até dois anos ou mais após o evento traumático, trazendo sérias repercussões e produzindo comportamentos negativos inadequados.

As instituições de saúde são órgãos responsáveis pela assistência, tratamento e cura dos clientes acometidos por diversas patologias. No entanto, essas organizações podem ser também responsáveis pela ocorrência de riscos à saúde daqueles que ali trabalham, pois a atividade de lidar com a dor, o sofrimento e a morte do ser humano expõem os trabalhadores de saúde a desgastes físicos e mentais, que podem interferir na qualidade da assistência prestada aos clientes (RABELO, VIEIRA e SILVA, 2002).

Em suma, para os trabalhadores, a produção de sua própria saúde é a mobilização consciente ou não das potencialidades de adaptação do ser humano,

permitindo-lhe interagir com o meio de trabalho, lutando contra o sofrimento, contra a morte, as deficiências, as doenças e a tristeza (ASSUNÇÃO, 2003).

A Educação Permanente, tal como o Ministério propõe, alia-se à saúde do trabalhador pelo fato de ser capaz de sensibilizar os profissionais e gestores, coletivamente, na adoção efetiva de ações que favoreçam a preservação e manutenção de um ambiente menos insalubre e mais saudável. A discussão coletiva sobre o processo de trabalho propicia a conscientização do profissional para a necessidade do auto-cuidado, mediante o reforço dos conhecimentos sobre os riscos biológicos, ergonômicos e mentais, de como conduzir, visando à promoção da saúde diante dos riscos provenientes da profissão (RABELO, VIEIRA e SILVA, 2002).

Assim, a capacitação dos membros da equipe de saúde é de grande valor, principalmente, quando aponta para o exercício das atividades com responsabilidade e respeito, direitos e deveres. É um trabalho que tem possibilitado contribuições expressivas para o desenvolvimento da segurança no ambiente de trabalho e para a saúde do trabalhador, desde que os envolvidos tenham um papel ativo, sem caráter repressivo. Nesse pensar, é essencial que os trabalhadores do SAMU discutam juntos os assuntos que poderão fornecer instrumentos para seu aprimoramento, permitindo-lhes melhor desempenho prático de suas funções, segurança e crescimento pessoal.

Além dos aspectos do ambiente de trabalho supracitados, como biossegurança e dos aspectos emocionais que não são oferecidos aos trabalhadores do SAMU, outros fatores foram levantados durante as oficinas, como dificultadores do processo de trabalho que são a situação contratual e a carga horária dos mesmos.

Na atualidade, criou-se um movimento considerado processo de precarização do trabalho, por implicar mudanças nas relações de trabalho e nas relações de emprego que apontam para maior instabilidade e insegurança para os trabalhadores. O processo em curso pode estar ocorrendo pela constatação de que, hoje, mais que em qualquer momento do passado, é possível o crescimento econômico sem a ampliação do número de empregos, o que acarreta o acirramento das desigualdades sociais no final do século XX, com importantes conseqüências nos ambientes de trabalho (ASSUNÇÃO, 2003).

O referido processo de precarização do trabalho caracteriza-se, ainda, por uma forte segmentação do mercado produtivo, implicando um fracionamento da oferta de

empregos e suas condições de realização; a utilização de novas tecnologias no processo produtivo tem substituído a força de trabalho humana por máquinas e a terceirização tem possibilitado outra forma de contratação, que substitui o emprego formal, regulamentado e relativamente estável (ASSUNÇÃO, 2003).

*(...) não é o profissional que tem um contrato temporário, não têm vínculo empregatício, nem vínculo trabalhista, que tem que arcar com toda essa bagagem de educação (M2).*

A forma diferenciada de vínculos entre os trabalhadores do SAMU causa insatisfação pessoal e coletiva, pois os contratos médicos são prestação de serviço, os socorristas são CLT, e os enfermeiros são concursados, visto que ao mesmo tempo um trás vantagens financeiras, o outro trás estabilidade e o outro encargos previdenciários. Essa diversidade, em alguns momentos, gera atritos no processo de trabalho, como citado na fala acima.

Além da flexibilização da produção e da sua gestão, as relações de trabalho também passam a ser entendidas como a possibilidade de se contratar trabalhadores, sem os ônus advindos da legislação do trabalho, a qual consolidou ao longo das últimas quatro décadas, direitos e garantias mínimas, como o 13º salário, férias, FGTS, entre outros (ASSUNÇÃO, 2003).

*Assim como não se tem seguro de vida, um profissional do SAMU morre num acidente, a família não vai receber nenhuma coroa de flores, e se um profissional ficar seqüelado em cima de uma cama, não receberá nem um saco de bolacha em consideração. Se algum profissional do SAMU sofrer algum processo, até no CRM, por conta de uma regulação ou atendimento na USA o estado também não vai se envolver porque não há vínculo empregatício. Estas coisas têm que ser analisadas. Volto a dizer que o gestor é fundamental na Educação Permanente em Serviço. E o estado não está nem aí pras equipes, para as condições de trabalho, etc. (M2).*

Como as legislações previdenciárias e trabalhistas contemplam os trabalhadores com vínculo empregatício formal, esta precarização do trabalho na saúde provoca algumas consequências, tais como: a desproteção dos trabalhadores informais, em função dessa desregulamentação do trabalho; a desmobilização dos trabalhadores, em

função da ameaça de desemprego e a “des-responsabilização” empresarial, pois não há contratos formais de trabalho. Tudo isso, leva a uma gradativa exclusão dos trabalhadores informais (GELBCKE, 2002).

*Nós não somos efetivos aqui, nós estamos de passagem e somos tratados como um número pelo Estado, se você sai, não vai fazer a menor diferença, você é logo substituído (M2).*

*O fato de não ter vínculo, faz com que toda hora pode se estar trocando profissional e um novo aprendizado se inicia. De que adianta investir muito agora se não tenho garantia? (S1).*

Os trabalhadores do setor de saúde estão expostos a diferentes cargas de trabalho e muitos dos agravos a sua saúde não estão reconhecidos legalmente como doenças do trabalho, as normas salientam as substâncias nocivas aos trabalhadores, contudo, não há legislação específica que o proteja. O que evidenciamos ainda é que as lutas dos trabalhadores estão calcadas nos adicionais de insalubridade e periculosidade, muitas vezes trocando saúde por dinheiro (GELBCKE, 2002).

*Escrever documentos embasados ou criados pelos sindicatos da classe...quer entidade melhor pra defender nossos interesses? Dessa maneira a gente também se resguarda...o sindicato dos médicos nos aliaram numa causa levando um documento a nosso favor...evita dessa maneira represália posterior...(M6).*

*O problema dessas cargas horárias pesadas de certos profissionais também acarreta nas relações de trabalho, pois um dia se espera 1 hora para o colega chegar, outro dia, mais 30 minutos, e isso acaba estourando muitas vezes aonde não devia (S1).*

A sobrecarga de trabalho também é considerada, no SAMU, um fator problemático para o desenvolvimento da Educação Permanente, visto que grande parte dos profissionais possui mais de um vínculo empregatício e os que não o possuem são psicologicamente pressionados a realizem HP's (horas plantão = horas extras). Nessa perspectiva, foi possível desvelar a falta de recursos humanos, exigindo dos profissionais um desafio: conciliar as necessidades da instituição às necessidades dos trabalhadores e clientes.

Por outro lado, acreditamos que os trabalhadores do setor saúde tem responsabilidade nesta questão da saúde do trabalhador, respaldados pelo potencial educativo que exercem em seu processo de trabalho, podendo provocar discussões no micro espaço (cotidiano do trabalho) e no macro espaço (trabalhadores em geral), contribuindo de forma significativa na implantação de uma política da Saúde do Trabalhador que contemple o direito da classe trabalhadora à condições dignas de trabalho, de saúde e de vida (GELBCKE, 2002).

Desta forma, cabe aos trabalhadores participarem, no sentido de não só acompanhar o que está sendo planejado e implementado mas, sobretudo, de indicar os caminhos necessários na garantia de condições de saúde, de trabalho, de vida, compartilhando em seu processo de viver, as alegrias, esperanças e desesperanças relacionadas a sua vida pessoal e ao seu trabalho (GELBCKE, 2002).

Através da problematização durante as oficinas, ficou evidente que o papel da equipe é também de reconhecer a fonte de risco à saúde, avaliar os efeitos e conhecer as medidas de controle, para ser capaz de provocar mudanças da práxis. O desafio, portanto, passa a ser conciliar as diferentes necessidades por meio do diálogo, ressaltando às tensões do dia-a-dia de trabalho na tentativa de aliviar um pouco o sofrimento e/ou o stress.

A interação entre os trabalhadores é importante, para que se estabeleça um processo de ensino aprendizagem contextualizado, onde os profissionais e a instituição cresçam, não somente por meio das soluções dos problemas, mas principalmente por compartilhá-los, dividindo as responsabilidades ressaltando os direitos e deveres de cada uma das partes.

### 5.2.3 Educação para a saúde

As categorias e subcategorias até aqui analisadas, apresentaram a Educação Permanente para os profissionais do SAMU como um caminho para o desenvolvimento do processo de trabalho, para o conhecimento técnico, ético-político, identificada como uma necessidade desses profissionais. Contudo, a educação para além destes sujeitos, indo para o âmbito da sociedade, que desconhece o serviço e o utilizam inadequadamente, foi fortemente também evidenciado nestas oficinas,

tornando-se uma subcategoria, equiparando-se às demais em sua relevância.

Precisamos entender o significado do processo educativo, das suas interferências no processo de trabalho e sua relação com a sociedade, “pois a educação se evidencia em qualquer contexto; não só nas escolas; é um processo que faz parte do social e por isso não pode ser considerada neutra em seus objetivos” (REIBNITZ, PRADO, 2006, p.131).

O termo “educação” inclui todo o processo através do qual o indivíduo (clientes e profissionais) adquire domínio e compreensão de certos conteúdos considerados valiosos para a vida social. A educação como técnica social e democrática, expressa uma concepção que influi no comportamento humano, possibilitando a este se ajustar aos padrões vigentes da interação e organização social (CEZAR VAZ et al., 2002).

Ao assumirmos uma atitude crítica, com reflexão das questões apresentadas, enfoque nas relações históricas dos fatos e análise das implicações, avançaremos para além da competência técnica que envolve os trabalhadores, mas mediante o favorecimento da reflexão acerca da realidade, o que possibilita mudanças nos sujeitos envolvidos, para além dos trabalhadores, neste caso os usuários.

Ceccim e Feuerwerker (2004, p.10) reforçam esta preocupação ao destacarem que,

a interinstitucionalidade e a locorregionalização expressam a diversidade de atores sociais envolvidos no processo da educação permanente, quer seja como dirigentes, profissionais em formação, trabalhadores, usuários das ações e serviços de saúde ou estudantes. A partir deles é que se podem definir as exigências de aprendizagem em cada equipe, serviço e esfera de gestão.

O foco nesse momento refere-se à necessidade educativa do cliente, que foi identificada como carência pelos trabalhadores de saúde do SAMU e posteriormente ser assumida como finalidade do trabalho a ser atingido. Nesta tendência, os clientes são vistos necessitando de informações acerca do serviço, numa concepção de educador e educando, na qual o produto da relação tem predominância no entendimento de suas dúvidas.

*E quando eu falo que falta educação, não é só na população de baixa renda não, porque tem cidadão muito bem de vida, que desafora o profissional*

*médico, querendo que vá uma ambulância para atender a sua mulher que está com cistite, e quando você explica que o SAMU não serve pra isso, a pessoa pega o seu nome, diz que vai falar com o prefeito, que vai procurar os seus direitos, vai pra mídia, vai para os jornais, e o profissional do SAMU fica com “aquilo” na mão (M2).*

*Tu acreditas que tem gente que trabalha aqui na policlínica, que nos vê todos os dias e não sabe o nosso papel?(E1).*

Entendendo a educação como um processo contínuo, que se estabelece durante toda a vida e em todos os lugares, partimos para articulá-la junto ao trabalho, como um movimento fundamental para o desenvolvimento dos trabalhadores, entretanto a sociedade também carece desse cuidado educativo e assim como no serviço, o processo deve ser uma tarefa realizável persistentemente.

*Porque as pessoas precisam saber o funcionamento do SAMU, pra que serve, desde os profissionais de saúde, até a população (...) (M3).*

*A educação permanente não deve ser apenas pra nós, equipes, tem que ser também da população...a população tem que ser informada, de forma contínua, consistente (...) (M2).*

Diante das falas é preciso reavaliar o papel da instituição SES – SAMU, quanto à responsabilidade e sensibilidade na transmissão do conhecimento e das informações; é necessário repensar o modelo, pois as pessoas são diferentes, apresentam problemas e soluções diferentes e, necessitam de informação clara para se tornarem cooperativas, manifestarem confiança e respeito durante essa relação serviço de saúde-comunidade (LEITÃO, 2001).

As propagandas na mídia, folder explicativo, talvez sejam um caminho para minimizar problemas como:

*O número de trotes também é muito grande, até não estão anotando mais, de tanto que são (S1).*

Os gestores devem ficar atentos para o fato de que, quanto maiores e mais velozes as mudanças, maiores a quantidade e a complexidade dos problemas a serem

enfrentados. É preciso visão de conjunto, competência técnica, consciência social, política e administrativa; neste caso, nas chamadas ao SAMU, é necessário reconhecer a existência de diferentes realidades, mantendo uma atitude aberta com respeito aos mitos, as religiões e à diversidade, para posteriormente planejar ações que dêem conta de estimular o compromisso social do usuário.

*Tem gestores, até secretário de municípios, que ligam pra cá e não sabem pra que serve o SAMU, agora não sou eu que vou ter que explicar não é? O estado não pode estar omissa, tem que assumir esse papel, para que os gestores façam bom uso. O SAMU é um sistema fantástico, demasiado sofisticado, para uma população demasiadamente ignorante e mal-educada, que faz mau uso do sistema, e nós por estarmos sob pressão e não ter autonomia e segurança pra tomar decisões, muitas vezes se encaminha ambulância para coisas que não deveríamos encaminhar só pra depois não se incomodar com o nome sujo no jornal, ou o secretário reclamando, não se complicar no CRM, tem também os que usam o serviço pra se prestigiar politicamente (M2).*

Com isso, percebemos que devemos entrar no mundo tecnológico com uma educação que capacite os indivíduos a responder ao avanço da tecnologia, aumentando o conhecimento para além de uma formação meramente técnica, mas também com o compromisso com a cidadania.

O êxito deste processo dependerá do espírito crítico permanente dos profissionais do SAMU, do compromisso social da instituição SAMU e do caráter coletivo das decisões dos gestores junto à equipe.

É evidente que todo o participante do processo educativo é um modificador ativo das informações apresentadas, o que significa dizer que o cliente e o trabalhador são produtores de mudanças implícitas, ou explícitas, do processo educativo. O profissional do SAMU, ao realizar a orientação oferecida ao telefone, ou na casa do paciente, além de ter ampliado seu conhecimento ético e político a partir da Educação Permanente, também possibilita esclarecer e orientar de forma ativa o cliente a partir das suas características, permitindo interações mais politizadas entre trabalhador e cliente.

A vida em sociedade nos remete à condição de sujeitos que se relacionam, precisam que tais relações sejam estabelecidas entre sujeitos iguais com direitos e



deveres iguais, ou seja, entre cidadãos. Ser cidadão pressupõe, então, a existência de uma sociedade democrática que só se constrói entre sujeitos que pensam criticamente e agem com conhecimento e autonomia. O diálogo é condição primordial para essa construção. “O diálogo pressupõe uma atitude de abertura, de compartilhamento, de troca de experiências, vivências, sentimentos, pensamentos.” (REIBNITZ; PRADO, 2003, p.27).

Algumas medidas que foram sugeridas pelos próprios profissionais envolvem o diálogo como ferramenta educativa, realizando informações sobre o SAMU à população, de modo que o usuário possa utilizá-las adequadamente e contribuindo assim para o melhor desenvolvimento do trabalho e exercício da sua cidadania. Para tanto, podem se efetivar “palestras em escolas”, fortalecer a articulação com os gestores municipais para divulgação na mídia, dentre outras maneiras.

*A educação na escola, nas empresas foi o auge dos Bombeiros, atuando na prevenção das crianças, esse trotes também diminuiriam e inclusive tem pessoas que hoje trabalham na área em função de palestras nas escolas (S1).*

Nesse sentido, a educação como informação para a autonomia dos clientes e fazendo-os exercer a cidadania, possibilita segurança ao usuário quando realiza suas chamadas, adequadas para o serviço de urgência.

O ato de promover ações de saúde, no limite da educação em saúde, requer ultrapassar o próprio limite de trabalho imediato. Isto é possível se o produto do trabalho contiver a substância social da mudança desejada e necessária. É fundamental que não se dê atenção apenas às mudanças ocorridas no ambiente interno, mas fazer o ajustamento de cada órgão, ou serviço ao sistema organizacional, e este ao macrossistema social (LEITÃO, 2001).

Essa forma de apreensão da realidade aponta para a necessidade de novas elaborações do conhecimento e para o desenvolvimento de outras práticas que diferem daquelas que já construímos, e que contribuíssem para reforçar o modelo vigente que não considera essa realidade adversa à maioria da sociedade. Assim, pensamos que ao modificarmos o nosso fazer, possibilitaremos abertura para a construção de uma práxis

capaz de transformar as relações sociais existentes e, entre elas, aquelas que se dão no trabalho (CORRÊA, 2005, p.130-131).

A educação, enquanto processo de reflexão e ação sobre a realidade, na perspectiva de sua transformação, e o trabalho, enquanto prática social, que também busca a transformação, podem caminhar juntos no desvelar horizontes para que a prática do serviço não seja só a replicação de conhecimentos científicos acumulados, mas um trabalho que se faz com prazer, com criatividade e segurança, tendo como finalidade a qualificação da saúde da população, incluindo nela todos os sujeitos.

### **5.3 Diretrizes para a Educação Permanente no SAMU**

O objetivo do presente estudo é construir diretrizes para que a Educação Permanente aconteça no SAMU. Diante das oficinas foi possível perceber a importância do fortalecimento do processo de trabalho da educação no serviço, articulada à política nacional de Educação Permanente do Ministério da Saúde, para assim, termos um cuidado comprometido com os trabalhadores e com a sociedade usuária do SAMU.

O fato da equipe ser multiprofissional, trabalhar em um campo restrito, muitas vezes em condições inadequadas (espaço, tempo, equipamento e materiais), faz entender que há necessidade dos profissionais de serviços pré-hospitalares passarem por uma formação participante, realizarem programas de educação permanente em serviço além da capacitação técnica na área específica, aumentando os conhecimentos destas atividades (ROCHA, et al., 2003).

O “exercício de compartilhar opiniões, de fazer interferência, de buscar soluções e cultivar o diálogo” (REIBNITZ; PRADO, 2003, p. 27) foi relevante nas oficinas e se mostrou propício para o desenvolvimento de diretrizes para um Programa de Educação Permanente no SAMU.

Ao pensar em educação no trabalho, não podemos deixar de refletir a respeito das mudanças que vêm ocorrendo atualmente, que impõem aos trabalhadores um ritmo desgastante de incerteza, de insegurança quanto aos seus direitos trabalhistas, trabalho em equipe conflituoso e, além disso, um mercado de trabalho saturado, pelo avanço da tecnologia, que dispensa a mão de obra e exige novos conhecimentos para que o

indivíduo possa se manter no trabalho. Na área da Saúde, tudo isso tem gerado uma busca acentuada pela capacitação e aperfeiçoamento contínuo dos trabalhadores, no entanto, o mesmo não deve favorecer somente o conhecimento técnico, sendo tão importante quanto este o conhecimento ético-político e social. A preocupação deve ser com o desenvolvimento do indivíduo nas suas dimensões pessoal, profissional e institucional (MATOS et al., 2001).

Avanços tecnológicos e científicos determinam um aperfeiçoamento formal dos profissionais da área da saúde, para que os mesmos acompanhem as transformações. Há, portanto, a necessidade da implantação de uma política de Educação Permanente, como forma de capacitação e atualização. A “educação permanente é a aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cuidado das organizações e ao trabalho” (BRASIL, 2003 b). O Ministério da Saúde afirma ainda que:

A Educação Permanente em Saúde apresenta-se como uma proposta de ação estratégica capaz de contribuir para a transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e de saúde e para a organização dos serviços, empreendendo um trabalho articulado entre o sistema de saúde, em suas várias esferas e gestões, e as instituições formadoras (BRASIL, 2003b).

Os projetos de educação, mais do que nunca, devem estar em consonância com os interesses de todos os envolvidos, ou seja, devem atender aos anseios e necessidades daqueles que dele vão participar, aos objetivos da instituição e da sociedade.

Pesquisas recentes sobre educação permanente têm demonstrado que a participação dos profissionais nesta é um fator desencadeante na prática do cuidado com qualidade (DESILETS, 1995).

Os trabalhadores e gestores são os condutores da própria instituição em que atuam, assim, o processo de trabalho em saúde é coletivo e cada área técnica executa parte dessas ações. Por isto, faz-se necessária a reconstrução de ações integradas, numa perspectiva interdisciplinar, para a democratização do pensar e do fazer, em que o planejamento e a execução sejam coletivos, tanto do sujeito portador de carência de saúde, como com toda a equipe de enfermagem e equipe em saúde (LEOPARDI, 1999a). Desta forma, o profissional como ser humano precisa ser cuidado através de

um processo educativo.

Em outras palavras, a diretriz pedagógica de postura transformadora deve contemplar a realidade em que os homens vivem, trabalham e se relacionam, bem como seus saberes concretos e socialmente significativos, considerando o contexto como um fenômeno que faz parte do processo educativo (COLOMÉ; LANDERDAHL; OLIVO, 1999).

Buscando uma postura transformadora e problematizadora da realidade os próprios profissionais apontam suas preferências relacionadas à Educação Permanente no SAMU.

*Como prioridades têm então: Treinamento/capacitação continuado ou permanente fomentado pelo Estado; salário digno, investimento no profissional (EPI = capa de chuva, uniforme adequado com o clima, etc.) e na base (local, expurgo, ar condicionado nos quartos, mais banheiros, etc.) e criação de protocolos, que tem que estar vinculado ao treinamento. Os treinamentos têm que ser a partir das necessidades da equipe. Estudos de casos, os mais polêmicos (1x por semana ou 1x por mês) (M4).*

*Eu acho importante também que conte como hora trabalhada. Na verdade aí, o profissional está recebendo duas vezes, ganhando o curso e como hora trabalhada (M6).*

*Compra de equipamentos de qualidade para o APH (peso adequado, que tenha garantia, capacitação ao manuseio, bivolt, que não tenha tanta interferência devido aos buracos das estradas...) (M3).*

*Existe o que o corpo de profissionais pode fazer (grupos de estudo, estabelecer horários pra discutir casos, por ex), mas se não for fomentado pelo estado, com cursos, palestras, sites, livros, condições de estudo, etc., nós não vamos evoluir muito (M2).*

Ao adotar estratégias de viabilizar um programa de educação permanente, partindo das necessidades apresentadas pela equipe e pelo serviço, colocou-se a equipe como centro da discussão, permitindo a expressão de sentimentos, de seus valores, suas experiências e suas responsabilidades enquanto agentes de mudança. As discussões originadas a partir do ponto de vista dos profissionais parecem ter facilitado a formulação de conceitos, valores e prioridades condizentes com o seu dia-a-dia, com sua realidade e com a maneira de ver o mundo.

*Para construir o protocolo com muita gente é complicado, deveria ser por especialidades... (E1).*

*Depois se discutiria no grande grupo o que o pequeno grupo elaborou (M6)*

*No nosso ambiente de trabalho é bem complicada a educação em serviço, mas mesmo assim eu acho que o horário dessas atividades deve ser no*

*horário de serviço, aí parte do profissional em ter ou não interesse em crescer, tem que correr atrás... (E2).*

Na perspectiva da valorização do trabalho e do trabalhador, através da ampliação da base de conhecimento, é preciso um planejamento e implementação das ações de saúde observando as condições de risco, as características do serviço e tratamento, as medidas de prevenção e controle, e ações estabelecidas em protocolos de confiabilidade comprovada, adicionada à adoção de educação permanente para viabilizar a necessária atualização do conhecimento. Somente assim, a qualidade da assistência estará garantida (LEOPARDI, 1999a). Isto pode ser percebido no depoimento de M4:

*Mas eu acho que tem que ser algo atrativo, interessante pra mobilizar a participação do pessoal, ficar falando aquele mesmo bê-a-bá de sempre, não (...).*

Dessa maneira, o homem alia teoria e prática, desenvolvendo a verdadeira práxis, que é relacional, crítica, educativa, sendo, portanto transformadora. A teoria fundamenta a ação e a prática, que sem ser mera aplicação da teoria, desenvolve novas ações que estimularão novas produções de conhecimento (GELBCKE; SOUZA; HÖRR, 2003).

Dos problemas levantados acima, podemos observar que os mesmos estão relacionados à qualidade de vida no trabalho e a Educação Permanente, sendo que na maioria das vezes foram enfatizados dois aspectos. O primeiro, das reivindicações dos trabalhadores, tendo como prioridade os aspectos de bem-estar e satisfação no trabalho, relacionados à estrutura física e administrativa, que teria sua meta alcançada com a resolução destas questões por parte dos gestores. O segundo, com ênfase nos efeitos da qualidade de vida no trabalho, envolvendo assuntos de necessidades dos trabalhadores ressaltando a importância contínua de discussão para resolução das problemáticas apresentadas, repercutindo tanto nos trabalhadores quanto nos gestores.

A Educação Permanente, em especial práticas educativas com o intuito de

favorecer o desenvolvimento ou exercício de uma liberdade em questionar, divergir e enfrentar conflitos nas relações de trabalho para a geração de mudança é fundamental para o processo de transformação. Contudo, em nossa realidade, os profissionais sentem carência desses momentos no seu dia-a-dia.

*(...) nunca vi ninguém se preocupar com todo esse trabalho que você está fazendo aqui... Esse momento foi fantástico, você está fazendo o que os gestores deveriam fazer (SI).*

*O momento foi bom, mas ele deve ser ampliado, não deve ficar apenas entre nós. Esse teu trabalho de mestrado é algo muito bom pra se apresentado, algo no papel, documentado, porque não adianta só falar (M1).*

*Em um ano de serviço estávamos desanimando, e é pouco tempo para isso. No início vinha pra cá toda animada, agora derrepente conseguimos mudar, com profissionais mais satisfeitos (E1).*

*Deveria haver um fórum de discussão sobre as mazelas do SAMU, quais os sofrimentos dos profissionais e separar o que é possível e o que não é possível fazer (M2).*

Numa prática pedagógica, cuja preocupação esteja voltada para a educação permanente dos trabalhadores do SAMU, se faz necessário implementar ações que contenham elementos motivadores ou estimuladores do pensamento crítico da prática, ou seja, uma prática reflexiva.

A educação não é mera reprodução do conhecimento, mas um processo de emancipação dos sujeitos, para além da técnica, para uma educação fundamentada em valores éticos (REIBNITZ, PRADO e GELBCKE, 2005). As referidas autoras dizem ainda que o trabalho como princípio educativo não se caracteriza numa técnica metodológica ou didática, no processo de aprendizagem, mas num princípio ético-político.

Em todos esses âmbitos deverão ser trabalhados os elementos que conferem à “integralidade do atendimento de saúde” (diretriz constitucional) forte capacidade de impacto sobre a atenção à saúde. Estes são essenciais para a superação dos limites da formação e das práticas tradicionais de saúde: acolhimento, vínculo, responsabilização dos profissionais para com os problemas de saúde sob seu cuidado, desenvolvimento da autonomia dos usuários e resolutividade da atenção (MERHY e ONOCKO, 1997).

A integralidade da atenção, segundo Ceccim e Feuerwerker (2004), envolve a

compreensão da noção de ampliação da clínica, o conhecimento sobre a realidade, o trabalho em equipe multiprofissional e transdisciplinar e a ação intersetorial. O referencial de Humanização também integra o princípio da integralidade do atendimento, resgatando a importância para a produção do conhecimento e configuração da formação, a reconciliação entre o conhecimento científico e as humanidades, entre ciência da saúde e arte da alteridade.

*Seria importante para cada um que trabalha no SAMU passar por todos os setores, pessoal da básica vir acompanhar as USAs, ver o funcionamento da base, o pessoal da base ver o funcionamento do helicóptero, quem não trabalha na regulação, ficar lá e ver como funciona, a gente das USAs ir nas USBs ver como eles trabalham também, , acho bem interessante, porque a gente trabalha com uma estrutura enorme e não sabe como funciona..o regulador estadual vir aqui também seria interessante, ir no aéreo ver a nossa estrutura...(M4).*

O fato de proporcionar aos sujeitos envolvidos no processo ora assumirem o papel de educador, ora de educando, ora de gestor, ora de profissional, gerando assim, novas visões e novos pontos de vista, impregnados de anseios, dúvidas e desafios que lhes são peculiares, possibilita a cada profissional se tornar um instrumento propulsor de mudanças, tanto no âmbito pessoal quanto no trabalho. A educação permanente no trabalho, como forma de atualização do ser e do saber deve ser um direito do trabalhador, como forma de manter o processo de trabalho mais dinâmico e articulado.

No processo de transformação das práticas profissionais e das estratégias de organização da atenção à saúde, as instituições através dos gestores, precisam considerar a proposta de educação no trabalho para além da organização de uma agenda de cursos ou de pacotes programáticos pontuais, como um recurso estratégico para a gestão do trabalho e da educação na saúde, na perspectiva da educação permanente (CECCIM e FEUERWERKER, 2004).

Uma formação que assume como proposta pedagógica um horizonte transformador, não deve ignorar a reciprocidade e simultaneidade teoria/prática sendo, para isso, necessário considerar a realidade dos serviços, os diferentes perfis epidemiológicos, o trabalho habitual do profissional de saúde, bem como a caótica condição de saúde da população brasileira como elementos norteadores da formação profissional e da assistência à saúde (COLOMÉ, LANDERDAHL, OLIVO, 1999, p.169).

Ao privilegiar a integração teoria/prática pressupõe-se que as relações de trabalho, entre gestores e profissionais e também entre os próprios profissionais, se distanciem do caráter vertical, doutrinário, opressor, no qual o ser humano é considerado um objeto depositário do cuidado e do conhecimento profissional, desconsiderado na sua subjetividade e singularidade e que essas relações passem a acontecer de forma horizontal, dialógica, comprometida com o resgate e construção de valores ligados à coletividade, qualidade de vida, entre outros (COLOMÉ, LANDERDAHL, OLIVO, 1999).

A reflexão crítica necessita estar contemplada ao se realizar a educação aplicada ao trabalho (capacitações tradicionais), pois estas precisam se ampliar para uma educação que pensa o trabalho e que pensa a produção do mundo (CECCIM e FEUERWERKER, 2004).

São necessários novos mecanismos de planejamento e gestão para que os serviços possam ser espaços de aprendizagem. Especial atenção deve ser dada à formulação de novos pactos de trabalho, capazes de absorver as demandas de cuidado às pessoas e populações, o ensino e a produção do conhecimento nos espaços locais e no conjunto da rede de atenção à saúde (CECCIM e FEUERWERKER, 2004).

Propor um ensino que integre ciência e cultura, humanismo e tecnologia e que vise o desenvolvimento de todas as potencialidades humanas seria primordial. Assim, o objetivo da educação não tem um fim em si mesma e nem se pautaria pelos interesses do mercado, mas se consolida na perspectiva da educação permanente (REIBNITZ; PRADO ; GELBCKE, 2005).

Refletindo a respeito disso, há necessidade de repensar o processo de trabalho no SAMU e aliá-lo a Educação Permanente, envolvendo os diversos trabalhadores na concepção e execução da assistência bem como nos problemas levantados, buscando alternativas que valorizem a contribuição de cada um no desenvolvimento do trabalho coletivo. Por outro lado, os gestores devem refletir sobre algumas questões, implementando e/ou viabilizando recursos ou medidas que contribuam para a melhoria da qualidade de vida do trabalhador.



Desse modo, ao possibilitar a discussão de assuntos antes só discutidos no corredor, buscando o sentido que esse tema tem para os profissionais e vislumbrando o momento vivido por eles, seguem algumas das diretrizes apontadas pelo grupo.

- proporcionar uma escala onde se possam reunir grupos multiprofissionais, durante o horário de serviço para a criação de grupos de estudo dos principais casos atendidos, discussão dos atendimentos, problemas e soluções (1 vez por semana);
- oportunizar aos interessados no serviço, cursos específicos e validados internacionalmente de atendimento pré-hospitalar, com apoio financeiro e/ou que sejam validadas essas horas de estudo em horas trabalhadas na escala;
- criar protocolos, com a participação dos profissionais que vivenciam a prática e posterior treinamento da equipe;
- aprimorar a “Base” de modo a oportunizar o tempo ocioso dos trabalhadores com estudos, laboratórios de informática bem equipados, bibliotecas eletrônicas, sala climatizada para discussões de caso;
- instituir treinamentos periódicos à equipe, por profissionais capacitados a partir das necessidades das mesmas (2 vezes ao ano);
- melhorar as condições do expurgo, acomodações, sanitários, equipamentos, manutenção das ambulâncias e EPI;
- disponibilizar apoio psicológico para a equipe, pois os problemas de trabalho têm que ser vistos como tal e dado o devido encaminhamento, e não levar em consideração o lado pessoal;
- padronizar o vínculo contratual dos trabalhadores das USAs;
- proporcionar discussões sobre o processo de trabalho, enfocando o trabalho em equipe, direitos e deveres do trabalhador e educação além do serviço;
- viabilizar treinamentos frente às peculiaridades do serviço e o perfil profissional desejado;
- estimular momentos para a discussão permanente dos problemas éticos, políticos e sociais vivenciados pelos trabalhadores e pela sociedade em

nível de saúde;

- oportunizar a articulação dos gestores, em sintonia de pensamento e ação, para que a atenção às urgências seja de qualidade e que cada esfera assuma suas responsabilidades.

Desta forma, compreende-se que a construção de um Programa de Educação Permanente, que ressalte o processo de trabalho exige um esforço coletivo dos trabalhadores e da instituição.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

*“Educação não transforma o mundo. Educação muda as pessoas. Pessoas transformam o mundo” (Paulo Freire)*

Partindo do pressuposto que a Educação Permanente deve ser aplicada a todos os trabalhadores da saúde, para que as políticas de saúde atinjam os objetivos propostos, direcionando o fluxo de atendimento à saúde de forma adequada, os profissionais do SAMU como agentes importantes do cuidado pré-hospitalar estão incluídos.

A falta de informação entre os profissionais sobre o próprio serviço, bem como sobre o SUS, permeia esse vivenciar de trabalho automatizado, biomédico e de produção sem reflexão e em face disso sem ação, tendo como consequência uma assistência orientada para a doença e para a cura, desconsiderando causas emocionais e sócio-econômicas que interferem no cuidado, além do próprio processo de trabalho que o sustenta. A assistência ao seguir o modelo biomédico também relega para segundo plano o cuidado humanizado e o cuidado educativo.

Ao observar as falas dos profissionais, não fica clara a preocupação com o social e se isso é relevante para eles, sendo os problemas técnicos prioritários aos demais saberes e por isso não foi citado o SUS em nenhum momento nas oficinas. Os profissionais da saúde, segundo Monticelli (1994, p.9) “ainda não tem consciência crítica em relação à sociedade e as implicações que ela tem no desenvolvimento de suas ações junto aos indivíduos que buscam o sistema oficial de saúde”.

A partir desta constatação, um dos aspectos mais graves da ausência da Educação Permanente é a não consciência da possível evolução do serviço, com um investimento que tem como retorno profissionais mais satisfeitos com o trabalho e conseqüentemente, um melhor atendimento à população.

O poder exercido por parte dos gestores se revela de forma autoritária, desconsiderando o direito à informação dos profissionais sobre o funcionamento dos

equipamentos, além dos aspectos inerentes ao SUS. E o cuidado, que deve ser realizado pelos profissionais do SAMU se resume a procedimentos técnicos e curativos, organizados e padronizados de acordo com a visão reducionista e medicalizada vigente no sistema de saúde brasileiro, havendo total desconsideração da Política Nacional de Educação Permanente, bem como da determinação social das questões de saúde, revelando falta de humanização e sensibilidade para com os profissionais que em consequência disso não transcendem ao fisiológico nos seus cuidados.

Pode-se inferir, a partir da análise dos dados, que o profissional não é visto como um sujeito capaz, que tem condições intelectuais e emocionais para compreender a natureza e as consequências das questões relacionadas ao processo de trabalho. Dessa forma, é negada a estes a oportunidade de crescimento pessoal, bem como o direito de participar das decisões a ele inerentes.

Isso nos remete à questão ética do direito de informação e da autonomia do ser humano, cidadão, levando-nos a acreditar que o profissional do SAMU se encontra à margem do processo de atenção às urgências pelos gestores. É preciso, inicialmente, que os profissionais conheçam e compreendam a Educação Permanente, discutam e reflitam acerca da mesma para que se consiga uma aproximação de seu real significado, para que se alcance a visão de co-responsáveis pelo processo de trabalho.

O cuidado centrado no modelo biomédico, com ênfase no aspecto curativo e o predomínio da visão fragmentada do homem provoca uma desvalorização dos fatores políticos e sociais. Enfatizam-se, nos programas de capacitação e treinamento, os aspectos assistencial e curativo, desconsiderando-se os aspectos social e preventivo. Separa-se não só o doente da doença, mas o profissional do seu contexto social-econômico, desrespeitando-o como um todo: sua história, suas crenças, seus valores e seus papéis sociais. Mesmo que não seja possível atender ao todo simultaneamente, pode-se reconhecer a extensão de suas várias dimensões para direcionar esforços no sentido de minimizar atritos no processo de trabalho.

A identificação das carências no âmbito sócio-econômico desvela outra lacuna no cuidado dos gestores aos profissionais do SAMU, tais como: a baixa renda e a necessidade de mais de um vínculo de emprego, estresse do trabalho, riscos de vida,

condições de instalações na base inadequadas. São situações que geram sentimentos e que interferem no cuidado prestado. Portanto, desenvolver “treinamentos” apenas intervencionistas, curativos, tecnológicos, medicalizados, que não partam das necessidades dos profissionais não atende às necessidades técnicas, políticas e sociais.

A Educação Permanente vem colocar em foco estes problemas e se bem aplicada, identificará que os profissionais necessitam de reforço nas políticas sociais que garantam condições adequadas de trabalho e de vida a uma grande parcela de trabalhadores, que vêm sofrendo carências de ordem econômico-social, resultando em baixa qualidade da assistência. A participação do profissional é essencial, ao desempenhar seu papel ativo, crítico e reflexivo no exercício de sua atividade, direcionando-o na busca de seus direitos educativos e sociais e no exercício da cidadania.

A relação de descuido que se estabelece dos gestores com relação aos próprios profissionais, bem como os profissionais entre si revela a falta de disponibilidade, de interação, de confiança, contribuindo para o não crescimento do serviço, e dificultando o processo de trabalho.

A Política de Atenção às Urgências envolve o NEU e suas atribuições, que na prática ainda não se implementaram. O descaso em relação ao NEU por parte dos gestores, torna a equipe desamparada quanto aos conhecimentos técnicos bem como dos aspectos educativos e sociais do cuidado diariamente prestado nas USAs. Ao abandonar a visão do ser humano de forma integral e inserida num contexto social e de trabalho, os gestores estão criando um abismo entre os profissionais e a população.

É notável a invisibilidade da Educação Permanente no SAMU, quando, nos discursos analisados, os profissionais expressam essa carência de cuidado.

Apesar do APH ter alcançado seu papel perante a sociedade desde a década de 80, hoje já se tem construído um corpo de conhecimentos próprio. O que é necessário ainda é unir a reflexão à ação, valorizando não só as metodologias e programas de atendimentos dos moldes americanos de atenção, mas também refletir sobre as ações a serem executadas nas urgências. É preciso passar a teoria da Educação Permanente à prática dos serviços de APH, ocupando espaços por meio do cuidado educativo com a própria equipe, expressando-se, interagindo junto aos profissionais, construindo uma

prática assistencial em que a comunicação leve ao crescimento não só dos sujeitos, em âmbitos pessoal e profissional, mas também da sociedade que merece esse retorno.

Desse modo, considerando a complexidade do “processo de formação” do ser humano e os conhecimentos específicos necessários do profissional que atua no APH, percebo que os conceitos utilizados neste estudo, articulados com a minha pergunta de pesquisa e aliados ao conhecimento e ética possibilitaram o alcance do objetivo proposto, visto que os próprios encontros foram momentos de Educação Permanente.

Como aspecto positivo dessa pesquisa, destaco os espaços de diálogo e problematização como fundamentais para o exercício da cidadania, sendo que cada um assumiu a posição de sujeito dentro de um processo libertador, provocando a mudança em sua práxis profissional.

Ressalto que esta experiência possibilitou aprofundar o conhecimento sobre a aplicação de políticas públicas para a assistência em urgência e emergência bem como, perceber a complexidade que envolve um processo de mudança. Além disso, possibilitou entender que ser transformador não é uma habilidade simples sendo necessário para isso, trabalhar a observação, a reflexão, o planejamento e a ação, além da autonomia, compromisso, criatividade e coragem para propor uma política de educação permanente, num serviço extremamente complexo, em que a objetividade é fundamental, porém não é suficiente para resolver os inúmeros problemas apontados pelo grupo.

Propiciou-se ao Profissional do SAMU, durante as oficinas, o desenvolvimento de uma reflexão sobre sua práxis, possibilitando a si e aos colegas uma reflexão crítica, o respeito aos saberes e a rejeição aos preconceitos, uma maior disposição para o diálogo, sabendo ouvir e tendo uma postura ética. Percebe-se que realizando sua práxis pautada nestas possibilidades o profissional estará contribuindo para a transformação do contexto atual.

Essa expectativa de mudança, motivada nas sessões de grupo focal acerca da Educação Permanente e do processo de trabalho, mobilizaram os sujeitos a buscarem alternativas para melhorias no serviço, bem como retomam a sua autonomia, criatividade e ética. No entanto, o desejo de mudar, criando uma possibilidade de sair do convencional, de intervir e de exercitar, por si só não se constitui em mudança

efetiva (KOECHÉ, 2006).

Contudo, a construção de sujeitos críticos e reflexivos, comprometidos com a mudança, não se consolida com essa experiência de aprendizagem problematizadora. Ela precisa ser desenvolvida e vivenciada ao longo de todo o processo de trabalho.

A avaliação desta pesquisa, utilizando a técnica de grupo focal desvelou a possibilidade de construção de uma práxis reflexiva ao propiciar um encontro dialógico entre os profissionais do SAMU, para refletirem sobre o seu processo de trabalho, tendo como referencial a Educação Permanente.

A condução do grupo, apoiada no Referencial de Ministério da Saúde de Educação Permanente e na metodologia da problematização, promoveu a discussão e a construção coletiva das diretrizes a partir das necessidades dos profissionais, valorizando o processo de construção coletiva, no qual o diálogo foi mediador da reflexão, onde os profissionais se mostraram participativos e colaborativos.

O tema escolhido para esse estudo, Educação Permanente em serviço no SAMU, remete a vários estudos e publicações na área da saúde, porém no APH as publicações referentes ao tema ainda são incipientes no Brasil. Pouco se tem publicado, podendo dizer que existe uma lacuna no conhecimento, o que, de certa forma estimulou-me a conhecer e pesquisar esta realidade. Ver o grupo refletindo e construindo a própria Educação Permanente, por meio das oficinas, revelou ser um caminho possível para mudanças significativas do processo de trabalho, mesmo sendo em um serviço de urgências. Em contrapartida, a escassez de publicações em Educação em APH impediu comparar esses resultados com outras pesquisas de tal natureza, mesmo assim vários estudos na área de urgência e processo de trabalho e educação permitiram esse respaldo.

Considerando as estratégias propostas nas oficinas em relação à Educação Permanente dos profissionais, pensamos que este estudo possa estar, também, se apresentando como mais uma possibilidade, no entendimento dos desafios para implantação da política de Educação Permanente e do SUS no SAMU.

Acreditamos que a discussão para o enfrentamento dos desafios presentes no serviço e levantados nesse estudo, numa perspectiva de superação de tensões entre profissionais e gestores e entre os profissionais vem iniciar e mobilizar para a

problematização da realidade no SAMU, que nunca havia sido feita.

O não desenvolvimento da educação permanente, seja pelos gestores e/ou pelos próprios profissionais, denota o reforço do modelo vigente, o biomédico, no contexto da assistência à saúde. Foi possível reconhecer que o cuidado educativo não faz parte da prática diária dos profissionais, o que evidencia a necessidade a partir deste estudo, de uma maior aproximação entre educação e saúde, práticas sociais, políticas e econômicas na perspectiva de uma inter-relação.

Para tanto, as diretrizes construídas e as estratégias a serem viabilizadas precisam ser de domínio de todos os envolvidos, profissionais e gestores, se apresentando como um dos desafios do SUS, o princípio da Integralidade no serviço e na formação.



## REFERÊNCIAS

ALBINO, R. M.; RIGGENBACH, V. Medicina de Urgência – passado, presente, futuro. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Santa Catarina, v.33, n.3, p.15-17, 2004.

ALVES, M.; RAMOS, F.R.S.; PENNA, C.M.M. O trabalho interdisciplinar: aproximações possíveis na visão de enfermeiras de uma unidade de emergência. **Revista Texto e Contexto enfermagem**. Florianópolis, v.14, n.3, p. 323-331, jul-set, 2005.

ANASTASIOU, L. G. C; ALVES, L. P. Estratégias de ensinagem. In: NASTASIOU, L.G.C; ALVES, L.P. (Org.) **Processos de ensinagem na universidade**. Joinville: 2004.

ASSUNÇÃO, A.A. Uma contribuição ao debate sobre as relações saúde e trabalho. **Ciência e saúde coletiva** v.8, n.4, p. 1005-1008, Rio de Janeiro, 2003.

BARCELLOS,P. Estresse no trabalho. **Revista Emergência**. São Paulo, n 1, p. 4-7, julho, 2006.

BAU, L. M.; Todo cuidado é pouco. **Revista Emergência**. São Paulo, n3, p. 56-61, março, 2007 a.

\_\_\_\_\_, L.M.; Sem padrões no APH. **Revista Emergência**. São Paulo, n.4, p. 18-29, junho, 2007b.

BLUMM, M.H.N.; ROSSI,S.S.; SANTANA, G.P. MULTIPLICASUS: **A história de um projeto em educação continuada**. 2007. Disponível em:  
<<http://www.icml9.org/program/track9/public/documents/Marcia%20Blumm-105731.doc>>.  
Acessado em 26/05/07.

BORDENAVE, J. D. O que é ensinar. In: **Estratégias de ensino - aprendizagem**. RJ: Vozes, 1988.

\_\_\_\_\_, J.D.; PEREIRA, A.M. **Estratégias de ensino – aprendizagem**. 12<sup>a</sup> ed. Petrópolis: Vozes, 1991.

BRASIL. Ministério da saúde. Conselho nacional de saúde. **Normas de pesquisa envolvendo seres humanos**. Res. CNS 196/96, Brasília, DF: [s.n.], 1996.

\_\_\_\_\_. **Portaria MS 814/01**, de 01 de junho de 2001. Estabelece na forma do anexo I o conceito geral, os princípios e as diretrizes da regulação médica das urgências, Brasília, DF: [s.n.], 2001.

\_\_\_\_\_. **Portaria MS 2048/02**, de 05 de novembro de 2002. Aprova o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. Brasília, DF: [s.n.], 2002.

\_\_\_\_\_. **Portaria MS 1863/03**, de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília, DF: [s.n.], 2003a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde – Pólos de educação permanente em saúde**. Brasília (BR): Ministério da Saúde; 2003b. 66p.

\_\_\_\_\_. **Lei 8080/90**, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**, Brasília, 1990.

\_\_\_\_\_. **Portaria MS 1864/03**, de 29 de setembro de 2003. Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgências em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU 192. Brasília, DF: [s.n.], 2003c

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Implantação do componente pré-hospitalar móvel e regulação da atenção às urgências (SAMU-192)**. Brasília, 2003d.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção às Urgências** / Ministério da Saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem – análise**

do contexto da gestão e das práticas de saúde. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde / FIOCRUZ, 2005b.

\_\_\_\_\_. **Departamento de Gestão da Educação na Saúde/ SGTES/MS.** Disponível em: <<http://www.gestaopublica.org.br/>>. Acessado em: 02/07/2006a

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portal da saúde.** Disponível em <<http://www.saude.gov.br>>. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU. Acessado em 05/07/2006b

CAMARGO, A. J. **Importância da Educação Permanente da Equipe de Enfermagem que atua no CTI.** (Monografia) Pós Graduação Latu Senso. Centro Universitário Hermínio Ometto, 2005.

CAPELLA, B.B.; GELBCKE, F.L. **O cuidado de enfermagem:** aliando a técnica ao compromisso ético de solidariedade, In: PRADO, M.L.; GELBCKE, F.L. (Org) Fundamentos de Enfermagem. Florianópolis: Cidade Futura, 2002.

CARVALHO Jr, D.C. **Conhecendo o comportamento do cliente no momento de urgência/emergência através da assistência de enfermagem em serviço de atendimento pré-hospitalar.** Monografia (Graduação em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2002.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2004, v.14, n.1, ISSN 0103-7331.

\_\_\_\_\_, R.B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação.** Botucatu, v.9, n.16, p.161-177, 2004.

CEZAR VAZ, M.R.; et al. Educação e Produção de saúde: Um estudo da enfermagem de saúde coletiva no extremo sul do Brasil. **Revista Texto e Contexto Enfermagem.** Florianópolis, 2002, jan/mar, v.12, n.1, p.59-67.

COCCO, M.I.M.; BAGNATO, M.H.S. Educadores e Educandos em Enfermagem: possíveis alternativas em um mundo em mudança. **Revista Texto e Contexto – Enfermagem**, Florianópolis: v.8, n.1, p. 53-60, jan./abr., 1999.

COLOMÉ, C.M.; LANDERDAHL, M.C.; OLIVO, V.F. Diretrizes pedagógicas na formação em saúde: Buscando relação educador/educando de cunho transformador. **Revista Texto e Contexto – Enfermagem**, Florianópolis: v.8, n.1, p. 166-173, jan./abr., 1999.

CONASS. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília, 2003. 247 p.

CORRÊA, V. As relações sociais na escola e a produção da existência do professor. In: FRIGOTTO, G.; CIAVATTA, M.; RAMOS, M. (Org.) **Ensino médio integrado: concepções e contradições**. São Paulo: Cortez, 2005

COSTA, J.J.; SILVEIRA, K.G.; OLIVEIRA, C.M.B. **Assistência de Enfermagem fundamentada na teoria das necessidades humanas básicas e nos princípios de Paulo Freire em um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)**. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2007.

CUNHA, A.P.; SANTOS, M.S.S. A origem dos serviços de assistência pré-hospitalar. **Revista Enfermagem Brasil**, Rio de Janeiro: março/abril. v.2, n.2, p. 110-115, 2003.

DALL'AGNOL, C.M., TRECH, M.H. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisa na enfermagem. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v.20, n.1, p.1-158, jan. 1999.

DELORS, J. (Org.). **Educação: Um tesouro a descobrir**. São Paulo: Cortez/Unesco/MEC, 1996.

DESILETS, L.D. Assessing Registered Nurses Reasons for Participating in Continuing Education. **The Journal of Continuing Education in Nursing**, v.26, n.5, 1995.

DRUMMOND J.P. **Trauma e Anestesiologia**. Rio de Janeiro: Medsi, 1992.

FEUERWERKER, L.C.M. Educação dos profissionais de saúde hoje – problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde. **Revista da ABENO**. São Paulo, v.3, n.1, p.24-27, nov. 2003.

FERNANDES, P. et al. **Uma Formação em Círculo: um sentido no presente... Um sentido no futuro**. Ministério da Educação. Instituto de Inovação Educacional. Portugal: Coleção Práticas Pedagógicas, p.51-55, 2001.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro, RJ: Paz e Terra, 1987.

\_\_\_\_\_, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários a prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1997, 156p.

FRIGOTTO, G. Concepções e mudanças no mundo do trabalho e o ensino médio In: FRIGOTTO, G.; CIAVATTA, M.; RAMOS, M. (Org.) **Ensino médio integrado: concepções e contradições**. São Paulo: Cortez, 2005

GELBCKE, F.L. Políticas de saúde do trabalhador: limites e possibilidades. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.11, n.1, p. 66-85, jan/abr. 2002.

GELBCKE, F.L.; SOUZA, M.L.; HERR, L. Educação no Trabalho em Saúde In: REIBNITZ, K.S. et al, organizadoras. **O processo de cuidar, ensinar e aprender o fenômeno das drogas**: políticas de saúde, educação e enfermagem. Florianópolis: UFSC, 2003, 183p.

GEORGE, J. B.; et al. **Teorias de enfermagem**: Os fundamentos da prática profissional. Ana Maria Vasconcellos Thorell, trad. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

GOLDIN, J.R. Bioética e Atendimento Emergencial. In: SOUZA, H.P.; GOMES, F.A. Perfil profissional. **Revista Emergência**, n. 5, p.38, setembro de 2007.

GOMES, F.A. Perfil Profissional. **Revista Emergência** n.5.p.38, 2007.

GOMES, C.M.; COSTA, S.M. da F.T. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.13, p.21-32, 1997. Supl.2.

GRUPO RESGATE EMERGÊNCIA – GRE. In: Histórico Disponível em: <<http://www.gre.com.br/historico.htm>>. Acessado em: 10/06/2007.

HARGREAVES L.H.H. Sociedade Brasileira de Medicina de Desastre e EPH: da Importância da Participação. **Revista Brasileira de Desastres**, v.2, n.1, p.40-41, 1995.

HIGIA, E.M. S; ATALLAH, A.N. **Medicina de Urgência**. São Paulo: Manole, 2005.

HOFFMANN, I.C. **Educação Continuada em Enfermagem no Hospital Universitário de Santa Maria**: um desafio pré-profissional. 2001, 161p. Trabalho de Conclusão de Curso (Enfermagem), Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria. 2001.

JESUS, A.T. **Educação e hegemonia no pensamento de Antônio Gramsci**. São Paulo: Cortez, 1989, 132p.

KOECHER, D.K. ; **A práxis na formação do enfermeiro : Uma contribuição crítica ao estágio curricular supervisionado**, 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 161p.

KURGANT, P. (Org) et al. **Administração em Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1992.

LEITÃO, G.C.M. Reflexões sobre gerenciamento. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.10, n.1, p.104-115, jan /abr. 2001.

LEOPARDI, M.T.. **Teorias em enfermagem: instrumentos para a prática**. Florianópolis: Ed. Papa-Livros, 1999a.

\_\_\_\_\_, M.T. Instrumentos de trabalho na saúde: razão e subjetividade. In: LEOPARDI, M.T. et al. **O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: Papa-Livros, 1999b. p. 71-81.

\_\_\_\_\_, M. T. et al. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria: Palotti, 2001.

LOPES, S.L. B; FERNANDES, R.J. Uma breve revisão sobre o atendimento médico pré-hospitalar. **Medicina. Ribeirão Preto**, n. 32, p.381-387 out/dez. 1999.

MALVESTIO. M.A. A; SOUZA. R. M. C. Suporte avançado à vida: atendimento a vítimas de acidentes de trânsito. **Revista Saúde Pública**. São Paulo, v.36, n.5, out. 2002.

MARTINS, P.P. **Atendimento pré-hospitalar – Atribuição e responsabilidade de quem?** Uma reflexão crítica a partir do serviço do corpo de bombeiros e das políticas de saúde “para” o Brasil à luz da filosofia da práxis. 2004. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 264f.

MARTINS, P.P.S; PRADO, M.L. Enfermagem e Serviços de Atendimento Pré-Hospitalar: descaminhos e perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, p.71-75, jun 2003.

MATOS, E. et al. Proposta de programa de educação no trabalho no contexto da divisão de enfermagem de emergência e ambulatório do Hospital Universitário. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.10, n.1, p. 145-156, jan/abr. 2001.

MEIRELLES, B.H.S.; ERDMANN, A.L. A questão das disciplinas e da interdisciplinaridade como processo educativo na área da saúde. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v.8, n.1, p.149-165, jan-abr. 1999.

\_\_\_\_\_, B.H.S.; ERDMANN, A.L. A interdisciplinaridade como construção do conhecimento em saúde e enfermagem. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v.14, n.3, p. 411-8, jul-set. 2005.

MENDES, H.W.B.; CALDAS JR., A.L. A prática profissional e ética no contexto das políticas de saúde. **Rev. Latino Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.9,

n.3, p.20-26, mai. 2001.

MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Org). **Praxis en salud**: un desafio para lo público. São Paulo: Hucitec, 1997.

MILLER, T. R.; COHEN, M. A.; ROSSMAN, S. B., 1993. Victim costs of violent crime and resulting injuries. **Health Affairs**, v.12, p. 186-197, 1993.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**. São Paulo: Hucitec, 1992.

MINAYO, M.C.S. (Org.) Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis (RJ): Vozes, 1994.

MONTICELLI, M. As ações educativas em enfermagem: do senso comum ao bom senso. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.3, n.2, p. 7-16, jul/dez. 1994.

MONTOVANI, M. **Suporte Básico e Avançado de Vida no Trauma**. São Paulo: Atheneu, 2005.

OLHO MÁGICO. Boletim da Universidade Estadual de Londrina. Ano 5, número especial. Novembro, 1999.

PALVELQUEIRES, S.; ROZENDO, C.A.; COLLET, N. A ética na enfermagem. In: CAPONI, G.A.; LEOPARDI, M.T.; CAPONI, S.N.C. (Org) **A Saúde como desafio ético** / Anais do I Seminário Internacional de Filosofia e Saúde. Florianópolis: Sociedade de Estudos em Filosofia e Saúde, 1995. 196p.

PESSOA, R.F. Preparo e reciclagem das equipes de atendimento. In: FREIRE, E. **Trauma**: A doença dos séculos. São Paulo: Editora Atheneu, 2001.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: ANNABLUME, 1998.

\_\_\_\_\_, D. Reestruturação produtiva e conseqüências para o trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, n.53, v.2, p. 51-63, 2000.

\_\_\_\_\_, D.; GELBCKE, F.L. Transformações no mundo do trabalho e a enfermagem: transformações e oportunidades no mercado de trabalho. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, 53, 2001, Curitiba. **Anais**. Curitiba: ABEn- Seção PR, 2001.

POLIGNANO, M. V. **Histórias das Políticas de Saúde no Brasil**, 2005. Disponível em: <[http://www.medicina.ufmg.br/dmps/saude\\_no\\_brasil.rtf](http://www.medicina.ufmg.br/dmps/saude_no_brasil.rtf)> Acessado em: 02-11-2005.

POLIT, D.F. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem:** métodos, avaliação e utilização. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PRADO, M.L. MARTINS, C.R.. Técnica, tecnologia e cuidado de enfermagem: em busca de uma nova poética no trabalho de enfermagem, In: PRADO, M.L.; GELBCKE, F.L. (Org) **Fundamentos de Enfermagem**. Florianópolis: Cidade Futura, 2002.

RABELO, M.S.S. VIEIRA, L.J.E.S.; SILVA, R.M. Riscos biológicos e ergonômicos em Unidade de Terapia Intensiva. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 11, n.1, p. 121-137, jan/abr. 2002.

RAMOS, F.R.S.; Ética e cuidado de enfermagem: o sentido desta relação. In: PRADO, M.L.; GELBCKE, F.L. (Org) **Fundamentos de Enfermagem**. Florianópolis: Cidade Futura, 2002.

RAMOS, V.O.; SANNA, M.C. A inserção da enfermeira no atendimento pré-hospitalar: histórico e perspectivas atuais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.58, n.3, maio/jun, p.355-360, 2005.

REIBNITZ, K.S.; PRADO, M.L. Formação do profissional crítico-criativo: a investigação como atitude de (re) conhecimento do mundo. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v.12, n.1, p.26-33, jan/mar 2003.

\_\_\_\_\_, KS; PRADO, ML; GELBCKE, FL. O mundo da escola e o mundo do trabalho: conexões para a educação profissional. **Conferência proferida no 9º Senaden**, 2005. Artigo não publicado.

\_\_\_\_\_, KS; PRADO, ML. Inovação e educação em Enfermagem. Florianópolis: Cidade Futura, 2006.

RIBEIRO, E.C.O; MOTTA, J.I.J. **Educação Permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde**. Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva, Secretaria Executiva da Rede Ida Brasil, 2001. Disponível em: <<http://www.redeunida.org.br/arquivos/educação/rtf>>. Acessado em 29/04/07.

RIBEIRO, K.P. O enfermeiro no serviço de atendimento ao politraumatizado. In: FREIRE, E. **Trauma**: A doença dos séculos. São Paulo: Editora Atheneu, 2001.

RIBEIRO, E.M.; PIRES, D.; BLANK, V.L.G. A teorização sobre o processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n.2, p.438-446, mar/abr. 2004.



RIBEIRO, I.M.. Vítimas ocultas. **Revista Emergência**. São Paulo, n. 5, p. 35-37, setembro, 2007.

ROCHA, P.K. **Assistência de Enfermagem em serviço de emergência pré-hospitalar e remoção aeromédica**. Monografia (Graduação em Enfermagem). Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2000.

ROCHA, P.K. et al. Assistência de Enfermagem em Serviço Pré-hospitalar e remoção aeromédica **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília (DF), v. 56, n. 6, p. 695-698, p.695-698, nov/dez, 2003.

ROCHA, R.M. O enfermeiro na equipe interdisciplinar do centro de atenção psicossocial e as possibilidades de cuidar. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.14, n.3, p. 350-357, jul-set 2005.

SALUM, N.C. **Educação continuada no trabalho**: uma perspectiva de transformação da prática e valorização do(a) trabalhador(a) de enfermagem. Florianópolis. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

SANTOS, M.L.S.C.; PADILHA, M.I.C.S. Da disciplinarização à reconstrução dos corpos na enfermagem pelo uso do lúdico. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.7,n.1,p.47-58, set-dez, 1998.

SCHRAIBER, L.B.; PEDUZZ, I.M.; SALA, A.; NEMES, M.I.B. CASTANHEIRA, E.P.L.; KON, R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciência Saúde Coletiva**, n.4, p. 221-42, 1999

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA DE SANTA CATARINA Disponível em:

<[http://samu.saude.sc.gov.br/arquivos/relatorio\\_atividades\\_samu\\_santa\\_catarina\\_2006.doc](http://samu.saude.sc.gov.br/arquivos/relatorio_atividades_samu_santa_catarina_2006.doc)>. Acessado em 05 de junho de 2007a.

\_\_\_\_\_. In: **Relatório das atividades 2006**. Disponível em:

<[http://samu.saude.sc.gov.br/arquivos/relatorio\\_atividades\\_samu\\_santa\\_catarina\\_2006.doc](http://samu.saude.sc.gov.br/arquivos/relatorio_atividades_samu_santa_catarina_2006.doc)>. Acessado em 05 de junho de 2007b.

\_\_\_\_\_. In: **Relatórios das atividades de janeiro a agosto de 2007**. Disponível em:<[http://samu.saude.sc.gov.br/arquivos/relatorio\\_jan\\_ago\\_2007.pdf](http://samu.saude.sc.gov.br/arquivos/relatorio_jan_ago_2007.pdf)> Acessado em 10 de setembro de 2007c.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. **Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente**: – um modo de fazer. São Paulo: Eusp, 2001. Disponível em

<<http://www.bireme.br/bvs/adoc>>. Acessado em 09 de maio de 2006.

TAVAREZ, C.M.M. A interdisciplinaridade como requisito para formação da enfermeira psiquiátrica na perspectiva da atenção psicossocial. **Revista Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v.14, n.3, p. 403-10, jul-set. 2005.

TEIXEIRA, E.R.; DAHER, D.V. Trabalhando com as representações dos sujeitos na educação em saúde. **Revista Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis: v.8, n.1, p. 312-325, jan./abr. 1999.

TEIXEIRA, M. B. **Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde**. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2002.105p. Disponível em <<http://www.portalses.cict.fiocruz.br>>.\_ Acessado em 09 de maio de 2006.

TOMAZ, R.R.; LIMA, F.V. Atuação do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar na cidade de São Paulo. **Acta Paul Enfermagem**. São Paulo, v.13, n.3, p. 59-65, 2000.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa Convergente Assistencial: Um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em Saúde – Enfermagem**. Florianópolis: Editora Insular, 2004.

VARGAS, D. Atendimento pré-hospitalar: a formação específica do enfermeiro na área e as dificuldades encontradas no início da carreira. **Revista Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v.25, n.1, mar., 2006.

VAZ, MM.R.C.; LOUREIRO, M.M.; CABREIRA, G.O.; SENA, J. Trabalhador em Saúde: subjetividade e auto-organização. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.11, n.1, p.50-65, jan /abr. 2002.

VILLALPANDO – CASAS, J.J. et al. Capacitacion del personal em los procesos de educacion permanente em los servicios. **Educ. Méd. Salud**. Buenos Aires, v.28, n.3, p.431-434, jul-set, 1994.

WHITAKER, I.Y. **Gravidade do trauma avaliada na fase pré-hospitalar**. São Paulo, 1993. Dissertação (Mestrado) – Escola Paulista de Medicina.

## APÊNDICE

## **Apêndice A - Termo de consentimento livre e esclarecido**

### **CONSENTIMENTO INFORMADO AOS PARTICIPANTES (PROFISSIONAIS DE SAÚDE DAS UNIDADES DE SUPORTE AVANÇADO DO SAMU)**

Ao assinar este documento, estou dando meu consentimento para participar da pesquisa conduzida por Maíra Melissa Meira, aluna do curso de Mestrado de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina –UFSC.

Fui orientado (a) de que participarei de uma prática educativa que visa criar espaços dialógicos para refletir com a equipe de saúde das Unidades de Suporte Avançado do SAMU sobre a Educação Permanente. Esse estudo pretende colaborar no sentido de despertar nos profissionais da equipe de saúde que atuam em pré-hospitalar, a necessidade de um espaço para reflexões sobre a prática assistencial, possibilidades e dificuldades da equipe, buscando cada vez mais alcançar a integração de seus membros, tanto no que diz respeito à atuação interdisciplinar, quanto na responsabilidade de todos com relação às ações de saúde, favorecendo desta forma a transformação do modelo vigente.

Estou ciente que a mestranda coletará dados através de observação e trabalhos em grupo e que a mesma somente utilizará as informações obtidas para os propósitos delimitados no projeto apresentado.

Compreendendo que serei convidado (a) a participar de todos os encontros realizados com a equipe de saúde, no local e horários que forem mais favoráveis aos profissionais da equipe, sem que isto implique em interferências no processo de trabalho que desenvolvo na Unidade de Suporte Avançado. Entendo, ainda, que a mestranda poderá entrar em contato comigo para mais informações futuramente.

Sei que os dados obtidos serão gravados e transcritos, mas que meu nome não aparecerá em qualquer registro.

Minha participação no estudo é voluntária e posso negar-me a participar do mesmo, sem que isto acarrete qualquer efeito negativo à minha pessoa. Também estou ciente que posso deixar de participar, em qualquer momento, se assim desejar.

Compreendo que os resultados desse estudo serão dados a mim, caso os solicite, e que a mestrandia é a pessoa com quem devo contar pessoalmente ou pelo telefone (48) 9992-4422 ou (48) 3222-4417, no caso de dúvidas sobre o estudo ou sobre meus direitos como participante.

Nome completo : \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

Local / data: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_